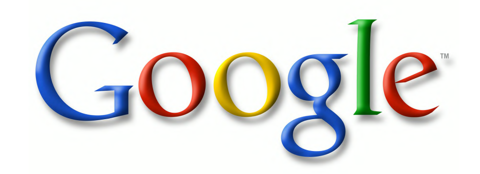


Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **F. Klemperer** (Strassburg), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (Jena), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **A. Toti** (Florenz), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Dreizehnter Jahrgang.

(Januar—December 1897.)

Berlin, 1897.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. **Berlin, Januar.** **1897. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1895.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	37	112	41	194	75	29	14	502
Deutschland	53	92	62	84	99	36	12	438
Grossbritannien und Colonien	36	69	54	104	80	30	9	382
Frankreich	17	112	105	47	61	18	7	367
Oesterreich-Ungarn	9	30	10	43	31	8	2	133
Belgien und Holland	6	25	14	40	21	17	2	125
Russland	1	11	9	23	4	2	4	54
Polen	1	9	9	21	2	1	—	43
Skandinavische Königreiche	—	9	2	20	—	2	7	40
Italien	1	11	3	17	4	—	—	36
Schweiz	—	2	2	12	—	9	—	25
Spanien	1	2	1	1	1	—	—	6
Zusammen	162	484	312	606	378	152	57	2151

Zu vorstehender Statistik ist zu bemerken, dass der auffallende Rückgang der italienischen, laryngologischen Literatur nur ein scheinbarer ist. Unser

italienischer Mitarbeiter hat leider in Folge längerer Krankheit seine Berichte im vergangenen Jahre nicht regelmässig einsenden können; die hierdurch entstandene Lücke wird nunmehr möglichst schnell ausgefüllt werden, da sein Befinden sich erfreulicherweise gebessert hat. — Im Uebrigen braucht nur darauf aufmerksam gemacht zu werden, dass die Arbeiten über Diphtherie an Zahl noch weiter zugenommen haben, und an der Spitze aller Unterabtheilungen unseres Faches stehen.

II. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) **W. Scheppegrell. Die Bedeutung einer genauen Untersuchung von Ohr, Nase und Hals vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. (The importance of making a careful examination of the ear, nose and throat from a medico-legal standpoint.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 6. Juni 1896.*

Die Arbeit, die im Wesentlichen die Krankengeschichte eines Ohrenfalles bringt, hat mehr otologisches als laryngologisches Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

2) **R. Johnson. Einige ungewöhnliche Fälle von Schwellung der Ohrspeicheldrüse. (Some unusual cases of swelling of the parotid gland.)** *Lancet. 18. April 1896.*

Vortrag, gehalten in der Harveian Society am 18. April 1896. Redner berichtet über 5 Fälle.

ADOLPH BRONNER.

3) **W. P. Cocking. Schwellung der Parotisdrüse. (Swelling of the parotid gland.)** *Lancet. 9. Mai 1896.*

Der 40jährige Pat. litt seit mehreren Jahren an recidivirender Anschwellung der rechten Ohrspeicheldrüse. Auf Druck entleerte sich eine klare Flüssigkeit aus dem Ductus Stenonianus, worauf die Geschwulst verschwunden war.

ADOLPH BRONNER.

4) **N. Kuskow. Zur pathologischen Anatomie der Grippe.** *Virchow's Archiv. 139. p. 406. 1895.*

Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und eines eigenen Untersuchungsmaterials von 124 Sectionen beschreibt Verf. die an den einzelnen Organen bei der Grippe vorkommenden Veränderungen, darunter auch die Schleimhautentzündungen in den Nasenhöhlen und im Kehlkopf. Die Bakteriologie der Influenza wird eingehend erörtert. Eine Casuistik von 4 Fällen beschliesst die Arbeit.

F. KLEMPERER.

5) **Redaction. Notiz. Ein Abortivmittel für Erkältungen. (To aborten a cold.)** *N. Y. Medical Record. 11. April 1896.*

Rp. Natrii salicyl. 7,5
Spirit. ammon. aromat. 30,0
Syr. cort. aurant. ad 60,0
MDS. 4stündl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

6) **F. Hearder. Paraldehyd bei Asthma (Paraldehyde in asthma.)** *British Med. Journal. 21. März 1896.*

Verf. probirte das Mittel bei 30 Fällen. Er pab 2,7—3,6 g und, wenn nöthig, 1 Stunde später noch 1,8—2,7 g. Nachtheilige Folgen wurden nicht beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle wurde sehr schnell vollständige Heilung erzielt. Ein Paar Tropfen Alkohol (Tincturen) machen die Droge in Wasser löslich.

ADOLPH BRONNER.

7) **Thost. Ueber chronischen Pemphigus der Schleimhäute.** *Monatsschr. für Ohrenh. No. 4, 5. 1896.*

Mittheilung zweier Fälle eigener Beobachtung mit kritischen Bemerkungen über die relativ seltene Affection. Es handelte sich fast immer um cachektische in der Ernährung geschädigte Individuen vorgerückteren Alters. Charakteristisch ist auch der Misserfolg der Behandlung, die Patienten blieben theils aus, theils starben sie an Cachexie; in Nase, Rachen und Kehlkopf kommt es ferner nicht selten zu Verwachsungen. Man kann verschiedene Formen unterscheiden, und zwar 1) Fälle mit ausschliesslicher Betheiligung der Schleimhäute und völligem Freibleiben der Hautdecken und mit ausnahmsweisem Uebergreifen von der Schleimhaut aus auf die an dieselbe angrenzenden Hautbezirke und 2) Fälle mit regelmässiger Mitbetheiligung der Bindehaut des Auges, die zu essentieller Schrumpfung desselben und eiteriger Phthisis bulbi führt. Der Verlauf ist meist chronisch fieberlos. Die Aetiologie ist noch dunkel, für die mehr acut verlaufenden mit Fieber einhergehenden Formen müssen Mikroorganismen, die in die Blut- und Lymphbahn gelangen, oder irgend eine andere Infection verantwortlich gemacht werden; die chronische Form hingegen ist höchst wahrscheinlich auf trophische Störungen zurückzuführen. Eine subjective Erleichterung sah Thost bei seinen Patienten bei Bepinselungen der befallenen Stellen mit leichter Lapislösung.

SCHECH.

8) **O. B. Douglas. Die modernen Behandlungsmethoden für Nasen- und Halskrankheiten. (Modern methods of treating diseases of the nose and throat.)** *The Canada Lancet. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

9) **Redact. Notiz. Oxygen bei Ohren- und Nasenkrankheiten. (Oxygen in aural and nasal diseases.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 6. Juni 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

10) **Heryng. Ueber Anwendung des Phenolum sulforicinosum bei der Behandlung der Krankheiten des Pharynx, der Nase und des Kehlkopfs. (O fenolu sulforycynowym, stosowanym przy gruzliczych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 24, 25, 26, 27. 1896.*

Nachdem Verf. die chemisch-pharmacologischen Eigenschaften des von Ruault empfohlenen Mittels genau geschildert hat, theilt er seine eigenen Erfahrungen mit, welche auf 80 genau beobachteten Fällen beruhen.

Das Phenol. sulfo-ricin. wurde in Form von Einpinselungen der 20—30proc. Lösung angewendet, meistens 2—3mal wöchentlich. Das Hauptcontingent der Patienten bildete die Larynxtuberkulose und bei dieser Krankheit hat Verf. seiner Angabe nach sehr günstige Resultate erzielt. Phenoi. sulf.-ricin. ist nach Verf. für die Tuberkulose zwar kein specifisches Mittel; da es aber bedeutend die entzündlichen Erscheinungen, welche die tuberkulösen Processe im Larynx begleiten, beeinflusst, in gewissen Fällen die Dysphagie, den Schmerz etc. ziemlich rasch beseitigt und sogar relative Heilungen zu Stande bringt, so dürfte das Mittel nach Verf. bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose eine bedeutende Zukunft haben.

Diese Behauptung wird durch entsprechende Casuistik illustrirt.

Das Phenol. sulf.-ric. wurde weiter vom Verf. mit günstigem Resultate bei Rhinitis hypertrophica, Sclerom der Nase und des Kehlkopfs (3 Fälle) und Pharyngitis luetica lateralis angewendet. Ebenfalls sehr günstige Resultate wurden vom Verf. bei Larynxpapillomen erzielt. A. v. SOKOLOWSKI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Hagedorn** (Hamburg). **Ueber Beziehungen von Allgemeinkrankheiten sowie von Nasen- und Halsleiden zum Gehörorgan.** *Bresgen's Samml. zwangl. Abhdl. aus d. Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. I. Heft 10. 1896.*

Erkrankungen der Nase, des Nasenrachens und des Halses ziehen das Gehörorgan oft in Mitleidenschaft; so können acute Nasencatarrhe Tubenschnupfen und Mittelohrcatarrh im Gefolge haben, ebenso wirken chronische Katarrhe, adenoide Vegetationen und die atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens schädigend auf das Ohr ein. Bei Diabetes kommt es nicht selten im Anschluss an Nasenrachenkatarrhe zu Mitelohrentzündungen; bei bacteriellen Erkrankungen kann vom Halse her eine Fortleitung der Ansteckung aufs Ohr stattfinden, so beim Erysipel, bei Phlegmone, zuweilen bei Scharlach, ferner bei Rachendiphtherie, Masern, bei Keuchhusten, zuweilen bei Influenza, Blattern, Typhus, Soor, Tuberculose, Syphilis. Dann können gutartige und bösartige Neubildungen der Nase und des Nasenrachens das Gehörorgan in Mitleidenschaft ziehen, und schliesslich üben Missbildungen der Nase, besonders angeborener Verschluss der Nasenöffnungen, immer erheblichen Einfluss auf das Ohr aus. A. ROSENBERG.

12) **E. Robert Strasser. Beziehungen zwischen Erkrankungen der Thränenwege und nasopharyngealen Störungen. (Relations of lachrymal diseases to nasopharyngeal troubles.)** *Codex Medicus. Januar 1896.*

Verf. ist der Meinung, dass in der Mehrzahl der Fälle Erkrankung der Thränenwege auf chronische Nasenentzündung zurückzuführen ist. Er theilt einen derartigen Fall mit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

13) **Vulpius** (Weimar). **Die Behandlung der Thränendrüsencanalstenosen: eine rhinologische Aufgabe.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 7.*

V. behandelt diese Stenosen mit Dauersonden, die er aus Silberdraht für jeden Fall zurechtbiegt.

LANDGRAF.

14) **H. D. Schwartzschild. Orbitale Zellgewebsentzündung infolge von Schussverletzung der Stirnhöhle. (Orbital cellulitis produced by a gunshot wound of the frontal sinus.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 18. Januar 1896.*

Ungewöhnlich ist, dass der Pat. von dem Schuss selbst nichts wahrgenommen hatte. Es entwickelte sich eine ausgebreitete orbitale Zellgewebsentzündung. Eine durch eine Wunde über dem linken Auge eingeführte Sonde drang in die Stirnhöhle. Am nächsten Tage wurde eine grosse Kugel aus derselben extrahirt, worauf schnelle Heilung erfolgte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **Robert C. Myles. Ein Fall von Empyem und polypoider Degeneration der Stirnhöhle geheilt durch doppelten äusseren Eingriff und Tamponade. (A case of empyema and polypoid degeneration of the frontal sinus cured by double external operation and packing.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 18. Jan. 1896.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall ausreichend.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **W. Camac Wilkinson** (Sydney). **Bericht über 4 Fälle von Empyem der Stirnhöhle. (Notes of four cases of empyema of the frontal sinus.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Januar 1896.*

Die Stirnhöhle bildet nur eine Ausbreitung der Siebbeinhöhlen und ist gleich dieser mit Flimmerepithel ausgekleidet. — Die Nasennebenhöhlen geben den Knochen Leichtigkeit, der Stimme Resonanz; sie wirken auf die Töne, die der Mensch von sich giebt, wie die Mastoidzellen auf diejenigen, die er aufnimmt. Die Dunkelheit der Symptome bei chronischer Eiterung der Stirnhöhle lässt diese Krankheit oft übersehen. Dieselbe ist wahrscheinlich sehr viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Locale Symptome können fast ganz fehlen, aber sie können auch so schwer sein, dass sie das Bild schwerer Erkrankung geben. Die Fehldiagnose auf Neuralgie und selbst Hysterie ist in solchen Fällen gestellt worden. — In der Durchleuchtung fand W. in allen seinen Fällen ein höchst werthvolles diagnostisches Hülfsmittel. — Der eine Fall ist von grossem Interesse. Es handelt sich um ein acutes Empyem der Stirnhöhle im Anschluss an eine Operation von adenoiden Vegetationen. Der Pat., ein Kind von 7 Jahren, hatte mehrere

Jahre an Mittelohreiterung gelitten. Der Ausfluss war stark übelriechend. Unmittelbar nach der Entfernung der Vegetationen war das Kind ganz wohl; nach Kurzem aber erkrankte es mit Kopfschmerz, Fieber und Ausfluss aus der Nase. Es wurde der Verdacht rege auf Uebergreifen der Ohreiterung auf das Felsenbein oder das Gehirn, aber es fand sich keine Schmerzhaftigkeit oder Spannung über dem Warzenfortsatz und der Ohrenfluss war verschwindend gering. Das Kind wurde kränker; eine Schwellung erschien am linken Auge, man dachte an Thrombose des Sinus cavernosus. Die Symptome spitzten sich jedoch auf einen Abscess der linken Stirnhöhle zu. Diese wurde von der Stirn aus eröffnet und reichlich Eiter entleert. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze ausgestopft; der Tampon blieb 7 Tage liegen. Die Heilung war eine vollständige.

Fall 2 ist eine chronische Eiterung bei einem 49jährigen Manne. Derselbe hatte dauernd eitrigen Ausfluss aus der rechten Nasenseite. Die Durchleuchtung sprach gegen Highmorshöhleneiterung; trotzdem wurde das Antrum eröffnet, Eiter jedoch nicht gefunden. Ueber der Stirnhöhle bestand weder Spannung der Haut noch Druckempfindlichkeit; die Durchleuchtung aber wies deutlich auf Abscess der rechten Stirnhöhle hin. Diese wurde eröffnet und in der That fand sich hier die Quelle der Eiterung. — Im dritten Fall war die Eiterung eine secundäre nach Nasenpolypen und starker Hypertrophie der mittleren Muscheln. Früher war bei demselben Patienten ein Highmorshöhlenempyem behandelt worden. — Der vierte Fall ist noch nicht operirt worden.

A. J. BRADY.

17) **J. P. Creveling. Ein Fall von Stirnhöhlenabscess. (A case of abscess of frontal sinus.)** *International Journal of Surgery. April 1896.*

35jähriger Mann, der wegen verschiedener Wahnideen für geisteskrank gehalten wurde. Durch Einführung der Sonde in das Infundibulum wurde ein ergiebiger Eiterabfluss aus der Stirnhöhle eingeleitet, worauf alle Symptome verschwanden. Drei Wochen später stockte der Ausfluss und alsbald kehrten die Symptome zurück. Erneute Eröffnung der Höhle brachte wieder Besserung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

18) **Wendell C. Phillips. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 7. März 1896.*

Bericht über einen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

19) **v. Hopffgarten** (Riesa). **Ein Beitrag zur Lehre vom Empyem der Sinus frontales und seiner operativen Behandlung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XLII. 4. 5. 1896.*

Für den Nachweis des Eiters in den Stirnhöhlen zu therapeutischen Zwecken ist der Katheterismus durch den Ductus nasofrontalis und die Perforation der unteren Sinuswand vom chirurgischen Standpunkte aus als unsicher und gefährlich zu verwerfen. Dagegen hat die Eröffnung des Sinus frontalis von Aussen her den Vortheil einer grossen Ungefährlichkeit und den des sichersten Nachweises von Eiter in der Stirnhöhle. Von den verschiedenen Methoden der Eröffnung des Sinus empfiehlt v. H. diejenige von Kupprecht, bei welcher der Sinus durch Resection der ganzen vorderen Stirnhöhlenwand und Entfernung der Schleimhaut

völlig verödet wird, so dass eine flache Knochenrinne entsteht, in welche man die Weichtheile bei möglichst geringer Entstellung einheilen lässt.

SEIFERT.

20) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von doppelseitigem Empyem der Stirnhöhle. (A case of bilateral empyema of the frontal sinus.)** *Australian Med. Gazette. 20. Mai 1896.*

H. beschreibt die verschiedenen Operationen, die für die Behandlung des Stirnhöhlenabscesses empfohlen worden sind und entscheidet sich zu Gunsten derjenigen, die er auch im vorliegenden Falle in Anwendung gezogen hat. Nach Incision der Weichtheile wurde die Spitze einer $^1/_2$ zölligen Trephine an dem Schnittpunkt einer Linie in der Höhe der oberen Ränder der Augenhöhlen und einer zweiten in der Mittellinie der Stirn verlaufenden Linie angesetzt und der Knochen durchbohrt. Die Herstellung der natürlichen Drainage nach der Nase zu ist unerlässlich. Im vorliegenden Falle wurde ein Drainrohr durch jedes Infundibulum nach der entsprechenden Nasenseite gelegt und liegen gelassen, bis 1 Woche lang kein Ausfluss mehr sich zeigte.

A. J. BRADY.

21) **Ernst Winckler** (Bremen). **Zur Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen.** *Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. III. H. 3. 1895.*

W. verwahrt sich gegen die Annahme, dass er bei Behandlung des Stirnhöhlenempyems einseitig für die intranasale Therapie eintrete; er präcisirt kurz seinen Standpunkt gegenüber Nebenhöhlenerkrankungen.

F. KLEMPERER.

22) **Mermod** (Iverdon). **Entzündung der beiden Oberkieferhöhlen, der Ethmoidalhöhlen rechts und des Sinus sphenoid. links. Sondirung der Stirnbeinhöhle, Meningitis, Tod. (Sinusites multiples etc.)** Ref. über Vortrag in d. Gesellsch. d. Waadtländischen Aerzte. 1. Februar 1896. — *Revue méd. Suisse romande. H. 3. 1896.*

Heftige Kopfschmerzen seit 2 Monaten, Ausfluss einer serösen Flüssigkeit aus dem linken Nasenloch und andere auf eine Stirnhöhlenaffection deutende Erscheinungen veranlassen M., den Sinus frontalis mittelst einer dünnen, biegsamen, aseptischen Sonde zu exploriren. M., der die Sache ganz gewiss lege artis ausführt, findet zu seinem Erstaunen fast keinen Widerstand und dringt $7^1/_2$ cm vom Naseneingang gerechnet, aufwärts. Keine Störungen, nur fliesst ein reichliches, seröses Secret aus. Acht Tage später ward der Versuch mit einem feinen Röhrchen bis zu nur $6^1/_2$ cm Distanz wiederholt und unmittelbar darauf erkrankt der Pat. an Meningitis und stirbt nach 6 Tagen.

Die Autopsie ergiebt Basalmeningitis, schmutzige Flüssigkeit in den Ventrikeln, keine Läsion, aber etwas Entzündung des Rindentheils des rechten Stirnlappens. Es findet sich kein Sinus frontalis weder rechts noch links, und der Knochen des Stirnbeins zeigt an der entsprechenden Stelle eine Dicke von kaum 9 mm. 2 mm nach hinten, d. h. 11 mm von der Spina nasalis superior und 10 mm von der Lamina cribrosa neben dem Foramen coecum ist eine kleine Oeffnung, durch welche die Oeffnung eingedrungen sein muss, und welche wahrscheinlich schon existirt und die öfters durch die Nase ausfliessende Cerebrospi-

nalflüssigkeit durchgelassen hatte. Die Sonde war, ohne das Gehirn irgendwie zu verletzen, zwischen Stirnknochen und Hirn hinaufgeglitten.

M. verwirft von nun an die M. Schäffer'sche Methode der Anbohrung des Sinus frontalis durch dessen Basis hindurch vom vorderen Theil der Nasenhöhle aus. [Der auch im Aprilheft 1896 der „Annales des mal. de l'oreille etc." veröffentlichte Fall sollte von jedem Rhinologen im Original studirt werden. Red.]

JONQUIÈRE.

23) **Ranglaret. Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie der Ethmoidalzellen. (Etude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoidales.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Eine sehr sorgfältige Studie über die Siebbeinzellen und ihre Entzündung. Verf. theilt die Siebbeinzellen in 3 Gruppen: Zwei vordere, die eine mit der Rinne des Infundibulum in Zusammenhang stehend, die andere von R. als Gruppe der Bulla ethmoidalis bezeichnet, mit der diese begrenzenden Rinne in Zusammenhang; schliesslich eine hintere Gruppe von umfangreichen Zellen, die sich direct in den Meatus superior öffnen. Klinisch sind acute und chronische Siebbeinzellen-Entzündungen zu unterscheiden, die letzteren zerfallen wieder in offene und latente. Sehr häufig ist Coincidenz mit Eiterung anderer Höhlen, Ethmoiditis anterior mit Stirnhöhlenentzündung und Ethm. posterior mit Keilbeinerkrankung.

Die rein medicamentöse Behandlung verwirft R., er räth zur Eröffnung der Zellen und Auskratzung von der Nase aus, wenn dies möglich ist; sonst ist der Weg von der Orbita her vorzuziehen, der ein weites Gesichtsfeld und vollständige Desinfection gewährt.

A. CARTAZ.

24) **James H. Forbes. Acute und chronische eitrige Siebbeinzellenentzündung; ihre Ursache, Diagnose und Behandlung nebst einer Anatomie des Siebbeins. (Ethmoiditis suppurativa, acuta and chronica — cause, diagnosis and treatment with the anatomy of the ethmoid.)** *Annals of Ophthalm. and Otology. Januar 1896.*

Nichts Neues oder Wesentliches.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **E. Gruening. Ueber Orbitalfisteln infolge von Siebbeinerkrankung und ihre Behandlung. (On orbital fistulae due to ethmoidal disease and their treatment.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1896.*

Der Boden der Siebbeinhöhle wird durchbohrt und ein Zugang zur Nase eröffnet. Nachdem so gute Drainage geschaffen ist, werden Ausspritzungen mit Kalium hypermanganicum (1 : 500) gemacht bis zum Eintritt der Heilung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **A. Jaruntowski. Der gegenwärtige Stand der Frage von den Eiterungen des Antrum Highmori. (Krotki poglad na obecny stan nauki o ropieniach w jamie Highmora.)** *Nowiny lekarskie. No. 1. 1896.*

Kurze und klare Darstellung der Kieferhöhlen-Eiterungen.

A. v. SOKOLOWSKI.

27) **Z. Dmochowski** (Warschau). **Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Processe im Antrum Highmori.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. 1895. 3. Band. Heft 3.*

In monographisch breiter Bearbeitung bespricht Verf. im ersten Abschnitt die normale Anatomie der Highmorshöhle. Der zweite, die pathologische Anatomie behandelnde Theil beginnt mit einer Literaturübersicht und berichtet dann über ein Sectionsmaterial von 152 Zergliederungen (304 Highmorshöhlen). 34 Krankengeschichten werden ausführlich mitgetheilt. Die vorkommenden entzündlichen Veränderungen gruppirt Verf. in

1. acute catarrhalische Entzündungen,
2. chronische catarrhalische Entzündungen und ihre Folgen:
   a) Cysten,
   b) Polypen,
   c) Osteome,
   d) Hydrops inflammatorius,
3. eitrige Entzündungen:
   a) acute,
   b) chronische,
4. diphtheritische Entzündungen,
5. Specifische Entzündungen:
   a) syphilitische,
   b) tuberculöse.

Das letzte Capitel behandelt die Aetiologie; die bacteriologischen Befunde früherer Autoren und die vom Verf. selbst erhobenen werden eingehend erörtert. Das Literaturverzeichniss am Schluss der fast 100 Seiten starken Arbeit umfasst 119 Nummern.

Die fleissige Studie braucht im Referat nicht ausführlicher wiedergegeben zu werden; neue Gesichtspunkte bringt der Verfasser nicht bei. Der für die Erkrankungen der Highmorshöhle specieller Interessirte wird sie im Original lesen müssen.

F. KLEMPERER.

28) **Price-Brown. Diagnose und Behandlung der Kieferhöhleneiterung mit Krankengeschichten. (Diagnosis and treatment of suppuration of the antrum, with history of cases.)** *Annals of Ophthalmol. and Otology. Januar 1896.*

Bericht über 4 Fälle. Zwei wurden geheilt nach Eröffnung des Antrum von der Fossa canina aus, 1 durch Irrigation von dem natürlichen Ostium aus; ein Fall ist noch in Behandlung, derselbe ist ebenfalls von der Fossa canina operirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

29) **J. Homer Coulter. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of antrum.)** *The medical Age. 25. Januar 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **B. F. Dunn. Ein Fall von Empyem und zwei Fälle von Diphtherie. (Case of empyema and two cases of diphtheria.)** *Journal of Medicine and Science. Februar 1896.*

Ohne besonderes Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **C. P. Ambler. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of the maxillary sinus.)** *Cleveland Medical Journal. Februar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **B. Baginsky. Ueber die chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 6.*

Sehr gut orientirender Vortrag über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens und Könnens. LANDGRAF.

33) **Linkenheld. Zur Kieferhöhleneiterung.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 8. 1896.*

L. bestätigt das häufige Vorkommen der Kieferhöhleneiterung bei Influenza und findet es auffallend, dass immer nur einzelne Nebenhöhlen in Folge von Influenza und anderen Infectionskrankheiten erkranken. Eine Spontanheilung hält L. für sehr selten, dagegen meint er, es erkrankten nur solche Nebenhöhlen eitrig, deren Schleimhäute in Folge vorausgegangener Catarrhe schon pathologisch verändert sind. Schleimige und schleimig-eitrige Secretion giebt eine bessere Prognose als reiner Eiter oder gar Jauche; doch können auch Empyeme mit schleimigem Secret sehr hartnäckig sein. Muss die Kieferhöhle breit eröffnet werden, so geschieht dies bei gesunden Backzähnen durch Resection der vorderen Wand, bei kranken Backzähnen durch Resection der unteren Wand mit der Knochenscheere. SOLECH.

34) **T. G. Harris. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of maxillary sinus.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 15. Februar 1896.*

Krankengeschichte eines Falles, der durch Curettage geheilt wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **E Fletcher Ingalls. Abscess der Highmorshöhle. (Abscess of the antrum of Highmore.)** *The Chicago Clinical Review. April 1896.*

Klinische Vorlesung im Anschluss an die Vorstellung eines Patienten mit acutem Abscess der Kieferhöhle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle mit nekrotischer Abstossung eines Theiles der medialen Wand. (Een geval van empyeem van het antrum Highmori met necrotische afstooting van een deel der mediale wand.)** *Werken van het Genootschap v. Natuur-, Genees- en Heelk. Serie II. Band III. Abtheilung f. Medicin. Blatt 1.*

Ein 39jähriger Mann hatte seit 4 Wochen Eiterausfluss aus dem linken Nasenloch, seit 4 Tagen Schwellung der linken Wange mit Schmerz und Fieber. Ein subperiostaler Abscess wurde gespalten; der Knochen zeigte sich entblösst. Der linke obere 2. Praemolaris war cariös und gelockert, bei der Durchleuchtung blieb die linke Wange dunkel. Der Zahn wurde extrahirt, die Alveole perforirt und foetider Eiter herausgespült. Zwei Monate später wurde eine grosse Granulation aus dem linken unteren Nasengange abgetragen und eine cariöse Knochen-

platte von der lateralen Wand des unteren Nasenganges entfernt. Der Patient, dessen Empyem nahezu geheilt ist, wird demonstrirt.

In der Discussion bemerkt Dr. Vermey, dass oft der 2. Praemolaris unter dem Nasengang liegt und dass deshalb wahrscheinlich die Necrose der medialen Antrumwand direct durch das Zahnleiden verursacht und nicht die Folge der Antrumeiterung sei.

H. BURGER.

37) **F. C. Cobb. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of the antrum of Highmore.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 7. Mai 1896.*

Verf. hat ein eigenartiges, dünnes, die Schnupftücher braun färbendes Secret beobachtet, in dem er ein werthvolles diagnostisches Hülfsmittel erblickt. Diese Färbung verschwand mit der Behandlung und Heilung des Empyems. In einem Falle, in dem in der Nase nichts zu sehen war, erschien doch constant der dünne, braune Fleck im Taschentuche. Die Höhle wurde eröffnet und ausgewaschen, das Empyem geheilt; die Oeffnung ist in diesem Falle seit 8 Monaten bereits wieder geschlossen; Ausfluss oder Färbung der Taschentücher sind nicht recidivirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

38) **John M. Ingersoll. Empyem der Nasennebenhöhlen. (Empyema of the accessory cavities of the nose.)** *Cleveland Journal of Medicine. April 1896.*

Eine kurze Uebersicht über den Gegenstand.

FROTHINGHAM (LEFEERTS.)

39) **Avellis. Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben.** Verhdlg. d. III. südd. Laryngologentages. 1896. *Münch. medicin. Wochenschr. No. 31. 1896. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. IV. 2. 1896.*

Eine reguläre Erscheinung des sehr häufigen acuten Kieferhöhlenempyems ist Oedem der Wangen und Augenlider, dasselbe kann einem Erysipel ähnlich, hochroth und heiss, aber auch blass sein. Acute Empyeme machen ferner sehr oft schwere Symptome, Fieber, profuse Secretion, Schwerbesinnlichkeit, Erbrechen, Lichtscheu, Appetitlosigkeit und schweres Krankheitsgefühl; in einem Falle konnte Avellis schon vor der 6. Woche Polypenbildung in Folge der Eiterung constatiren. In leichten Fällen bestehen: schmerzhafter Druck und Spannungsgefühl innerhalb des Oberkiefers, eitriger, manchmal blutiger unregelmässiger Ausfluss; der Schmerz steigert sich beim Trinken, Husten, Pressen und Stuhlgang; oft entstehen ödematöse Schwellungen der Wangen und Augenlider; Supraorbitalschmerz ist selten, übler Geruch fehlt oft. Auch Empyeme kommen sehr leicht wieder, ein gewöhnlicher Schnupfen genügt zur Auslösung der erneuten Erkrankung; doppelseitige Erkrankungen sah Avellis ebenso häufig wie einseitige; Ausgang in chronisches Empyem sah er selber nur einmal. Hinsichtlich der spontanen Heilung der acuten Empyeme kam A. zu folgenden Schlüssen. Die leichten Fälle heilen beinahe sämmtlich spontan; doch ist Wiedererkrankung häufig, und zwar nach Wochen oder Jahren. Die Heilung vollzieht sich allmälig, die Secretion wird schleimig und geringer. In drei Fällen musste wegen der Schwere der Symptome und der Schmerzen die seitliche Eröffnung gemacht und

ausgespült werden; wobei es gleichgültig ist, wo eröffnet wird. Hauptsache ist die Art des Empyems. Avellis räth bei acutem Kieferhöhlenempyem erst dann zu eröffnen und täglich durchzuspülen, wenn nach 3 Wochen eine Selbstheilung nicht eingetreten ist oder wenn die Unerträglichkeit der Beschwerden dazu drängt.

SCHECH.

40) **Chas. H. Knight. Cyste der Kieferhöhle. (Cyst of the maxillary sinus.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Januar 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 17. Jahrescongress der American Laryngological Association; Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

41) **Ziem. Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1896.*

Um das Hineingelangen von Fremdkörpern in die Kieferhöhle zu verhüten, soll man nicht mit einem Stilet oder stumpfer Scheere arbeiten, sondern mit der amerikanischen Bohrmaschine; ferner sollen Obturatoren oder Drainageröhren vermieden werden, da sie unnöthig sind, auch sollen die zur Ausspülung dienenden Canülen keine Einknickung oder gar Brüche besitzen. Ist aber dennoch ein Fremdkörper hineingerathen, so soll derselbe baldigst entfernt werden, und zwar entweder durch Herausschleudern des Fremdkörpers durch die Eingangspforte oder wie bei stählernen Canülen unter Anwendung eines Electromagneten, oder durch Zerschneidung des Alveolarfortsatzes auf dem Fremdkörper mittelst der Roser'schen Knochenscheere, oder durch Masseninjection von Flüssigkeit und endlich, wenn alles nichts hilft, durch breite Eröffnung des Sinus von der Fossa canina aus.

SCHECH.

42) **B. Fränkel. Maligner Tumor, welcher sämmtliche Wandungen der rechten Highmorshöhle befallen hat.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 25.*

Das Leiden besteht seit einigen Monaten bei einer Patientin. Erstes Symptom war Nasenbluten. Jetzt Protrusio bulbi von unten hinten nach vorn oben, Wange durch gummiharte Geschwulst vorgetrieben, ebenso Palat. durum des Proc. alveolaris. Die rechte Nasenhälfte verstopft, Septum nach links verdrängt, im äusseren Nasenloche ein anscheinend gewöhnlicher, nur etwas derber Polyp; die Choanen ausgefüllt. Drüsencarcinom. LANDGRAF.

43) **Eug. Fränkel** (Hamburg). **Beiträge zur Pathologie und Aetiologie der Nasennebenhöhlen-Erkrankungen.** *Virchow's Archiv. 1896. Bd. 143. p. 42.*

Verf. berichtet über die Ergebnisse von 146 Nasensectionen, bei denen die sämmtlichen Nebenhöhlen bakteriologisch und histologisch genau untersucht worden. Die umfangreiche Arbeit lässt sich im Referat nicht erschöpfend wiedergeben. Aus den zahlreichen wichtigen Resultaten seien nur folgende hervorgehoben:

Von 28 völlig intacten Nasennebenhöhlen waren nur 13 steril. Ein grosser Theil von in Bezug auf das Verhalten der Nasennebenhöhlen normalen Menschen beherbergt in diesen Höhlen Mikroorganismen, von denen wir wissen, dass sie bei vielen namentlich entzündlichen Processen der menschlichen Athmungsorgane

eine hervorragende Rolle spielen. — Zu den Erkrankungen der Nasennebenhöhlen stellt die Highmorshöhle das bei weitem grösste Contingent, es folgt in der Häufigkeitsscala die Keilbeinhöhle; die Stirnhöhle hat einen verhältnissmässig nur geringen Antheil. — Bei der Highmorshöhlenerkrankung kann die Schleimhaut trotz vorhandenen Exsudates normal erscheinen; in anderen Fällen ist sie makroscopisch oder mikroskopisch als verändert zu erkennen. In einer Minderzahl von Fällen fehlt bei erkrankter Mucosa der Erguss. Der bakteriologische Befund steht in keiner festen Beziehung zur anatomischen Veränderung; derselbe Mikroorganismus kann an dem gleichen Gewebe differente Krankheitsbilder erzeugen. — Die Phthise scheint nicht zu Highmorshöhlenerkrankung direct zu disponiren; dagegen hat die acute Pneumonie eine ausgesprochene Tendenz zur Complication mit entzündlichen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. — Das Gros der entzündlichen Nasennebenhöhlenerkrankungen sind durchaus selbstständige, völlig unabhängig von Nasenhöhlenaffectionen entstandene Krankheiten. Der Einfluss der Zahnerkrankungen auf die Highmorshöhleneiterung wird überschätzt; auch diese ist sehr oft selbstständige Erkrankung, unabhängig von pathologischen Vorgängen in der Nachbarschaft. — Der Nachweis von Polypen in der Nase berechtigt in keiner Weise auf vorangegangene Nasennebenhöhlenerkrankung zu schliessen.

F. KLEMPERER.

44) **Robert C. Myles. Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen; mit therapeutischen Betrachtungen. (Diseases of the accessory nasal sinuses; with suggestions regarding their treatment)** *Medical News. 28. März 1896.*

Eine sehr ausführliche Arbeit mit eingehenden Krankengeschichten, in der Verf. als Fortsetzung seiner Arbeit vom Januar 1893 über denselben Gegenstand seine seitherigen Erfahrungen und seinen jetzigen Standpunkt darlegt. M. giebt folgende Einleitung:

1. Acute, catarrhalische, eitrige und infectiöse Sinusitis ohne vollständigen Verschluss der natürlichen Oeffnung.
2. Acute catarrhalische, eitrige und infectiöse Sinusitis mit völligem Verschluss der normalen Oeffnung.
3. Subacute, chronisch catarrhalische eitrige Sinusitis mit theilweisem Verschluss der Oeffnung, mit oder ohne puro-mucoide Trümmer.
4. Polypoide Degenerationen.
5. Periostitis odontica und Periodontitis.
6. Atrophische Rhinitis.
7. Tumoren und Fremdkörper.
8. Syphilis.

Unter diesen Capitelüberschriften behandelt Verf. das ganze Material mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Therapie. LEFFERTS.

45) **Killian** (Freiburg). **Die Probepunction der Nasennebenhöhlen.** Verhdlg. d. III. Südd. Laryngologentages. 1896. *Münchener med. Wochenschrift. No. 31. 1896.*

Als Punctionsstelle für die Kieferhöhle empfiehlt Killian den mittleren Abschnitt des mittleren Nasenganges (nach Zuckerkandl). Die Keilbeinhöhle will

er mit einer geraden vorne geschärften Canüle eröffnen. Zur Eröffnung der Siebbeinzellen empfiehlt K. eine rechtwinklig kurz abgebogene scharfe Canüle, welche von der Riechspalte aus eingestochen wird, und zwar über einer Linie, welche man sich vom oberen Rand der Choane bis zur vorderen Ansatzstelle der mittleren Muschel gezogen denkt. Die Canüle muss rechtwinklig abgebogen sein. Bei abnormer Enge der Riechzellen sticht man vom mittleren Nasengang direct nach oben ein, die rechtwinklige Canüle darf jedoch nur $1/_2$—1 cm lang sein. Im Uebrigen sagt Killian, seine klinischen Versuche befänden sich noch im Anfange.

SCHECH.

46) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber die Behandlung der Nebenhöhlenaffectionen mit dem Menthol-Insufflator. (Over de behandeling van aandoeningen der byholten van den neus met den menthol-insufflator.)** *Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 1896. II. No. 1.*

Wenn die Ausgangsöffnungen der Nebenhöhlen in Folge von entzündlicher Schwellung verletzt sind, so entsteht in den betreffenden Nebenhöhlen durch Resorption der von der Atmosphäre abgeschlossenen Luft eine Herabsetzung des Luftdruckes mit Hyperaemie, Exsudation in der Folge. Gegen solche Zustände bildet das Politzer'sche Experiment ein vorzügliches Mittel. Guye macht es vorzugsweise mit einem Mentholinsufflator, welcher behufs Reinigung der Luft von Staubtheilen mit einer Wattekammer versehen ist. Zuvor macht er einige Mentholeinblasungen in die Nase selbst, wodurch die Hyperaemie der Nasenschleimhaut herabgesetzt wird. Diesen Einblasungen lässt er eine gewöhnliche Nasendurchspülung und nöthigenfalls auch eine mechanische Reinigung des Nasenrachenraumes vorangehen. Er theilt einige Krankengeschichten mit, wo diese Behandlung einen augenblicklichen Erfolg hatte. Am eclatantesten war der Effect in dem Falle einer 31jährigen Dame, wo die Durchleuchtung auf beiden Seiten ein vollkommen negatives Resultat ergab und wo unmittelbar nach der Politzer'schen Einblasung nicht nur der Kopfschmerz bedeutend nachgelassen hatte, sondern auch die Durchleuchtung der linken Wange eine ganz gute und die linke Pupille sichtbar geworden war, während jetzt eine subjective Lichtwahrnehmung auf beiden Seiten, besonders auf der linken zu Stande kam.

G. schliesst aus diesem Factum, dass die transilluminatorische Verdunkelung oft mehr durch die Schleimhauthyperämie, als durch das in dem Antrum anwesende Secret verursacht wird, eine Meinung, der sich Ref. vollkommen anschliesst und die auch in der soeben erschienenen Wilken'schen Doctorarbeit betont wird.

H. BURGER.

47) **L. Réthi** (Wien). **Die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen der Nase.** *Wiener med. Presse. No. 16. 1896.*

Der Autor stellt die verschiedenen Behandlungsmethoden, zunächst der Kieferhöhleneiterungen in Bezug auf ihre procentuellen Heilungserfolge einander gegenüber, so die vom mittleren, die vom unteren Nasengange, vom Processus alveolaris und von der vorderen Kieferhöhlenwand ausgehenden. Réthi geht in die Kieferhöhle, wo nur halbwegs möglich, durch die natürliche Oeffnung ein, und entschliesst sich nur dann zu einer anderen Methode, wenn entweder das Ostium

maxillare oder accessorium nicht passirbar, oder verengt oder schwer auffindbar ist. In solchen Fällen sucht er durch eine künstliche breite Oeffnung im mittleren Nasengange sich Zugang zu verschaffen und nimmt von hier die Ausspülungen vor. Die Eröffnung vom unteren Nasengang hält er vorzugsweise wegen der schwierigen Nachbehandlung für nicht angezeigt. Die radicale Eröffnung vom Alveolarfortsatze führt Rethi nur dann aus, wenn cariöse Zähne die Ursache der Eiterung sind, desgleichen nur bei Caries der Wandungen, die von der Fossa canina aus. Bei Stirnhöhleneiterungen kam er mit Ausspülungen durch den natürlichen Gang, der in der Hälfte seiner Fälle neben dem Hiatus semilunaris mündete und leicht zu sondiren war, vollkommen aus. Bei Siebbeinzellenempyemen trug er häufig einen Theil der mittleren Muschel ab oder kratzte aus und erzielte damit Heilungen; gleich gute Erfolgr brachte ihm der scharfe Löffel bei Keilbeinhöhlenempyem, bei denen er auch mit Ausspülungen durch die natürliche Oeffnung oder auch künstliche Oeffnung in der vorderen Wand gute Erfolge sah. Im Allgemeinen glaubt Rethi, dass die conservativen Behandlungsmethoden den radicaleren vorzuziehen seien, da man den Patienten mit Sicherheit die Heilung nicht versprechen könne.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

48) **Josef Halban. Zur Physiologie der Zungennerven.** *Wiener klin. Rundschau. 1896. No. 4.*

Während über die motorische Reaction des Nervus hypoglossus kein Zweifel mehr besteht, gehen über die Physiologie des Nervus glossopharyngeus und lingualis die Ansichten noch wesentlich auseinander. Die bezughabende, meist angenommene Meinung scheint jene zu sein, nach welcher der N. lingualis allein die ganze Zunge mit sensiblen Fasern versorgt, während die Geschmacksempfindung am vorderen Zungenabschnitte vom Lingualis, am hinteren vom Glossopharyngeus vermittelt wird. Autor beschreibt nun zwei von ihm beobachtete und genau geprüfte Fälle: Im ersten Falle (Sarcoma tonsillae sin.) erweist sich nach Durchtrennung des linken Lingualis, und zwar peripher vom Abgange der Chorda tympani, die linke Zungenhälfte bis zu den Papillae circumvallatae total anästhetisch, während das Gebiet der Papillae circumvallatae und nach hinten von ihnen als fast ganz normal sensibel befunden wurde, derselbe Befund auch bezüglich der Geschmacksempfindung. Auch der zweite Fall (Epithelioma mucosae oris), wobei ein Stück Lingualis resecirt wurde, ergab ganz die gleichen Resultate. Autor meint sonach, dass der Lingualis alleiniger Gefühls- und Geschmacksnerv für den vorderen Theil der Zunge bis zu den Papillae circumvallatae ist, während der rückwärtige Theil sowohl in Bezug auf Sensibilität als auch auf Geshcmacksempfindung vom Glossopharyngeus versorgt wird.

CHIARI.

49) **Mary E. Dickinson. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *Buffalo Med. Journ. Juni 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **B. F. Clark. Hypertrophie der Zungentonsille; mit 7 Krankengeschichten. (Hypertrophy of lingual tonsil, with report of 7 cases.)** *Philadelphia Polyclinic. 28. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

51) **Kahn** (Staufen). **Ueber Makroglossie.** Dissert. Würzburg. 1896.

Der Fall betrifft ein $2^1/_4$jähriges Kind, bei welchem seit der Geburt die Zunge vergrössert ist, zur Zeit der Beobachtung ragte sie 2,6 cm über die Zahnreihen nach aussen hervor, die Spitze der Zunge hochgradig verdickt, auf derselben treten die Papillen deutlichst hervor, ausserdem kleine, hirsekorngrosse Ulcera und Wärzchen. Die Verdickung reicht nur etwa 6 cm nach hinten, etwa das vordere Drittel der Zunge einnehmend. Von Schönborn wurde das vordere Drittel der Zunge mittelst der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Heilung. Die histologische Untersuchung des entfernten Zungenstückes ergab ein Hämato-lymphangioma mixtum. SEIFERT.

52) **Georges Brouardel** (Paris). **Syphilitische Glossitis trotz der Behandlung mit Calomel-Injectionen sich entwickelnd. (Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel.)** *Soc. franç. de dermat. et syphil. 9. Juli 1896.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall zur Genüge. LUC.

53) **Augagneur. Dysphagie in der secundären Periode der Syphilis. (Dysphagie de la période secondaire de la syphilis.)** *Soc. franç. de dermat. et syphilis. April 1896.*

Verf. schiebt die Dysphagie auf Rechnung der Schwellung des Lymphgewebes an der Zungenbasis. LUC.

54) **Mart. B. Schmidt** (Strassburg i. E.). **Ueber die localen Amyloidtumoren der Zunge.** *Virchow's Archiv. 1896. Bd. 143. p. 369.*

Verf. beschreibt in ausführlicher Weise die anatomischen Verhältnisse von zwei Fällen von amyloiden Tumoren an der Zunge, die als zufälliger Sectionsbefund zur Beobachtung kamen. Beide Tumoren sassen, wie auch die wenigen anderen bisher in der Literatur mitgetheilten, am Zungengrund. Die amyloiden Partien schlossen so häufig knöcherne und knorpelige Herde ein, dass zwischen der Amyloidbildung und der Knochen- und Knorpelproduction in diesen Fällen ein Zusammenhang bestehen muss. Die Ablageruug des Amyloids erfolgte an vielen Stellen im Innern von Kanälen unter Riesenzellenbildung in der Umgebung.

F. KLEMPERER.

55) **Sehlbach** (Barmen). **Geschichte der operativen Behandlung des Zungenkrebses.** Dissert. Würzburg. 1895.

An eine kurze Darstellung der Geschichte der Operation des Zungenkrebses schliesst S. einen kurzen Bericht über einen von Schönborn mit bestem Erfolg operirten Fall an. SEIFERT.

56) **G. Garralt. Neuer Zungenherabdrücker. (New tongue depressor.)** *Lancet. 21. März 1896.*

Der von Arnold und Sons gefertigte Spatel ist etwas schmaler und länger als die gewöhnlichen (Abbildung). ADOLPH BRONNER.

57) **Blumenau** (Grodno). **Ueber primäre Gangrän des Rachens.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 26.*

Nach einer Uebersicht über die wenigen in der Literatur bekannten Fälle dieses Leidens giebt Bl. die Krankengeschichte eines 22jähr. Kanoniers, der in der Genesung von einem Icterus catarrhalis eine Halsentzündung bekam, an welcher sich eine Gangrän der rechten Tonsille, der rechten Hälfte des weichen Gaumens und fast der ganzen Zungenwurzel schloss. Dauer der zum Tode führenden Krankheit etwa 3 Wochen. LANDGRAF.

58) **Holz. Verengerung des Rachens.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1896. No. 17.*

Demonstration eines Pat. Die Verengerung war bedingt durch Wucherungen der Gaumenbögen. Details fehlen. LANDGRAF.

59) **F. Pluder** (Hamburg). **Zwei bemerkenswerthe Fälle von Tuberkulose der obersten Athmungswege.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Band IV. Heft 1.*

Der erste Fall ist eine secundäre Erkrankung der Nase, des Nasenrachens und der Mundhöhle bei bestehender Lungen- und Kehlkopfphthise; die Infection der Nase wurde durch eine bestehende Gaumenspalte begünstigt. Fall II zeigte ausgebreitete Geschwürsbildung am Isthmus faucium und im Rachen, die beim Fehlen von Lungenerscheinungen als primäre Schleimhauttuberkulose gedeutet wurde; der Verlauf war ein günstiger; die Therapie bestand in Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Stichelungen und Milchsäureätzung. F. KLEMPERER.

60) **B. Fränkel. Carcinom der vorderen Pharynxwand.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 22.*

Vorstellung eines Falles und Vorzeigen von Präparaten in der Gesellschaft der Charitéärzte. F. macht darauf aufmerksam, dass derartige Fälle häufig übermässig spät erkannt werden. LANDGRAF.

61) **E. Moreau. Beitrag zum Studium der peripharyngealen Abscesse. (Contribution à l'étude des abscès peripharyngiens.)** *Thèse de Paris.*

Verf. bespricht die Vertheilung der Lymphdrüsen im Rachen und theilt die pharyngealen Abscesse in retro- und latero-pharyngeale. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich nur um Drüsenphlegmonen in Folge einer allgemeinen oder einer Localinfection durch die Tonsillen. Verf. bespricht dann die Symptomatologie beider Arten von Abscessen und die Indicationen für ihre Operation.

A. CARTAZ.

62) **Curgenven. Retropharyngealabscess mit ungewöhnlichem Verlauf. (Postpharyngeal abscess; unusual course.)** *Lancet. 18. Januar 1896.*

Kind in moribundem Zustand eingeliefert, schwer athmend. Tracheotomie. Der Hals war geschwollen, stärker an der linken Seite. Es wurde durch die Haut incidirt und Eiter zwischen Oesophagus und Querfortsätzen der Wirbel gefunden. Ausgang in Heilung.

ADOLPH BRONNER.

63) **Emil Mayer. Idiopathischer Retropharyngealabscess; 3 Krankengeschichten. (Idiopathic Retropharyngealabscess, with report of 3 cases.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1896.*

Kurze literarische Uebersicht und 3 interessante Krankengeschichten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

64) **Henry Koplik. Der acute Retropharyngealabscess des Säuglings- und Kindesalters. Eine Revision der Eintheilungs- und Behandlungsprincipien vom ätiologischen Standpunkt aus. (The acute retropharyngeal abscess of infancy and childhood. A revised classification and treatment based on the aetiology.)** *N. Y. Med. Journal. 4. April 1896.*

In seiner langen und werthvollen Arbeit unterscheidet K. folgende Gruppen von Fällen:

1. Der acute Retropharyngealabscess:
   a) der vollständig innerlich sich abspielende;
   b) der innerlich und äusserlich hervortretende;
   c) der hauptsächlich eine äussere Geschwulst bildende.
2. Der chronische tuberkulöse Retropharyngealabscess.
3. Der septische Retropharyngealabscess.

Zu der 3. Gruppe rechnet Verf. diejenigen unterminirenden Abscesse, die durch Infection nach oder während exanthematischer Krankheiten (Scarlatina) entstehen und die sich nach dem Mediastinum hin oder auf wesentliche Gebilde am Halse verbreiten und den Exitus verschulden können.

K.'s persönliche Erfahrung umfasst 77 Fälle von Retropharyngealabscess; dieselben betreffen Kinder unter 10 Jahren, ganz vorwiegend aber die ersten Lebensjahre. Der Symptomatologie, die durch Henoch's und Bokai's klassische Schilderungen bekannt ist, fügt K.'s Studie nur wenig hinzu. Die Diagnose ist im Allgemeinen nicht schwer, doch ist irrthümliche Auffassung als acute Laryngitis oder diphtheritische Gaumenlähmung wohl möglich. Bezüglich der Behandlung bestehen sehr weit auseinander gehende Meinungen. Manche Autoren (Bokai) empfehlen interne Incision in allen Fällen; andere rathen zur Eröffnung von aussen (Burkhardt); die Resultate dieser scheinen nicht schlechter zu sein. Koplik erörtert die therapeutische Frage eingehend und kommt zu fast denselben Ansichten wie der ältere Bokai; er empfiehlt ebenfalls die interne Eröffnung.

LEFFERTS.

65) **H. Damm** (Kopenhagen). **Beitrag zur Lehre von dem acuten sogenannten idiopathischen Retropharyngeal-Abscess bei Kindern. (Bidrag til Laeren om**

den akute, saakaldte idiopathiske Retropharyngeal-Absces hos Börn.) Kopenhagen. 1896.

In der 185 Seiten grossen Arbeit giebt Verf. eine hauptsächlich auf Arbeiten früherer Autoren basirte Beschreibung des Retropharyngealabscesses.

Er hat 72 Fälle aus den Kopenhagener Spitälern gesammelt, aber da diese Fälle (mit wenigen Ausnahmen) nicht mitgetheilt sind, ist man ausser Stande den Werth seines Beobachtungsmaterials zu beurtheilen. SCHMIEGELOW.

d. Diphtheritis und Croup.

66) **Müller** (Erfurt). **Immunität und Immunisirung mit specieller Berücksichtigung der Serumtherapie bei Diphtherie.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen. XXV. 5. 1896.*

Zusammenfassende Darstellung der in Betracht kommenden Fragen.

SEIFERT.

67) **J. Thiersch** (Leipzig). **Ueber die Anwendung des Behring'schen Heilserums in der Hauspraxis.** *Schmidt's Jahrb. 7. 1896. p. 98.*

16 Fälle von Diphtherie, bei welchen Diphtheriebacillen nachgewiesen wurden, endeten mit Hülfe der Seruminjectionen in Genesung. Nur bei einem Falle (4jähr. Kind) wurde ein Serumexanthem beobachtet, welches unter schweren Erscheinungen (Gelenkschwellungen, stürmischem Herzklopfen, Schmerzen am ganzen Körper) verlief. Als Indicationen stellt Th. auf: es soll eingespritzt werden ohne vorherige bakteriologische Untersuchung in allen klinisch unzweifelhaften Fällen, in zweifelhaften Fällen erscheint es angängig, zunächst das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abzuwarten. Bei den rein lakunären und katarrhalischen Formen der Mandelerkrankung erscheint es weder nothwendig einzuspritzen, noch auf Bacillen zu untersuchen. Erst wenn diese Formen ihren klinischen Charakter ändern, soll je nach Umständen bakteriologische Untersuchung oder eventuell sofortige Injection erfolgen. SEIFERT.

68) **Berendsen** (Ratzeburg). **Zwei Fälle schwerer Diphtherie durch Behring's Heilserum geheilt.** *Der prakt. Arzt. No. 7. 1896.*

Zwei schwere Diphtheriefälle bei Erwachsenen durch Heilserum geheilt.

SEIFERT.

69) **Reinecke** (Burg). **Erfahrungen mit Behring's Heilserum.** *Der prakt. Arzt. 8. 1896.*

53 mit Serum behandelte Fälle genasen, Tracheotomie war trotz Betheiligung des Kehlkopfes in 4 Fällen nicht nöthig. Häufig beobachtete R. postdiphtheritische Lähmungen, manchmal urticariaähnliche Exantheme mit bald geringeren, bald stärkeren Gelenkschmerzen, einmal am 12. Tage blutige ruhrartige Darmentleerungen. Dauernden Schaden hatten diese Nebenwirkungen des Serums niemals. SEIFERT.

70) **Palmer** (Biberach). **Das Heilserum in der Privatpraxis.** *Medic. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 31. 1896.*

P. hat über 300 Einspritzungen, darunter etwa 200 Schutzimpfungen vorgenommen, diese letzteren hatten bis auf eine die gewünschte Wirkung. Von allen mit Serum behandelten Kindern sind nur 6 gestorben, die offenbar zu spät in Behandlung kamen. Alle Fälle, welche zwischen dem 1. und 4. Tag eingespritzt wurden, genasen. Gewöhnlich kam No. 2 mit 1000 Immunitätseinheiten, nur bei sehr schweren Fällen No. 3 mit 1500 Einheiten zur Anwendung. In keinem der Fälle spielten die manchmal auftretenden Nebenerscheinungen des Serums, Exantheme, Muskelschmerzen etc. eine Rolle. SEIFERT.

71) **Janowski** (Warschau). **Ergebnisse der Serumbehandlung der Diphtherie und einige Bemerkungen über diese Behandlung.** *Arch. f. Kinderheilk. XX. 1. 2. 1896.*

Mit Heilserum wurden behandelt 32 Fälle von Diphtherie, in welchen die Aetiologie stets durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt wurde. Von diesen starben 3 Kinder, welche mit ausgesprochener Laryngostenose ins Krankenhaus kamen, zwei von diesen brauchen eigentlich nicht mitgerechnet zu werden. weil sie einen tödtlichen Verlauf nahmen, bevor das Heilserum noch zu wirken begonnen hatte. J. legt eingehend dar, wie sich in seinen Fällen der Einfluss der Seruminjection auf die einzelnen Krankheitssymptome zeigte; Allgemeinbefinden, Temperatur, Puls, Verhalten des Belags, auf die umgebende Röthung, auf die Anschwellung der Halsdrüsen und auf die Albuminurie. Letztere wurde nur in 7 Fällen gefunden. Exantheme beobachtete J. 3mal, und eine auffallende Hyperästhesie der Haut 1mal. Lokal wendet J. nur Einspritzungen resp. Gurgelungen mit 2proc. Borsäurelösung an. SEIFERT.

72) **Auerbach** (Frankfurt a. M.). **Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Diphtherie, welcher mit hochwerthigem Heilserum (Höchst) behandelt wurde.** *Centralbl. f. innere Medic. 18. 1896.*

Einer 22jährigen Patientin wurden am 2. Tage der Erkrankung (mittelschwere Diphtherie) 1000 Einheiten des Diphtherieserums in der Quantität von 2 ccm à 500 Einheiten unterhalb der linken Clavicula subcutan injicirt. Der eigentliche diphtherische Process wurde nicht beeinflusst. Am 4. Tage nach der Einspritzung Erythema exsudat., Gelenkschwellungen. Am 24. Tage nach Beseitigung des Exanthems und der Gelenkveränderungen periostitische Verdickungen der Tibialflächen und der freien Ulnarränder. Diese Schwellungen verschwanden nach 7 Tagen. Eine geringe Albuminurie blieb bestehen. SEIFERT.

73) **Eulenburg. „Vergiftung" durch Behring'sches Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 16.*

E. wendet sich in einem scharfen Artikel gegen die Beurtheilung eines fast unmittelbar auf die Einspritzung einer immunisirenden Dosis erfolgten Todes eines $1^1/_2$jährigen Knaben als „Vergiftung" durch das Mittel. LANDGRAF.

74) **Crohn. Erfahrungen über das Diphtherieheilserum.** *Dtsch. med. Wochenschrift. 1896. No. 17.*

Cr. giebt, veranlasst durch den Langerhans'schen Fall seine Beobachtungen bei etwa 300 Immunisirungen kund. Er hat nie eine böse Folge gesehen, keines der immunisirten Kinder ist erkrankt in den ersten 4 Wochen nach der Injection.

LANDGRAF.

75) **Fürth. Ueber weitere 150 mit Behring'schem Heilserum in der medic. und chirurg. Klinik zu Freiburg i. B. behandelte Diphtheriefälle.** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1896.*

Günstige Erfolge, die Sterblichkeit betrug trotz Combination mit Scharlach und Masern nur 15,3 pCt. Die Zahl der Tracheotomien verminderte sich bei der Serumbehandlung sehr beträchtlich, auch gingen in 17 Fällen schwere Stenosenerscheinungen ohne Operation zurück. Ein ungünstiger Einfluss des Serums auf die Nieren wurde nicht beobachtet, 6mal zeigten sich Exantheme. 2 Kinder starben an Sepsis, 6 Kranke an absteigendem Croup, 2 Kinder an Bronchopneumonie und 2 an Herzlähmung.

SCHECH.

76) **Monti** (Wien). **Ueber Diphtherie.** *Allgem. Wiener medic. Zeitung. No. 1 bis 12. 1896.*

Das pathologisch-anatomische Bild der Diphtherie streifend kommt Verf. auf die verschiedenen Arten der Epidemien zu sprechen, die mit bald leichterem, bald schwererem Verlaufe meist im Winter und vorzugsweise im Kindesalter von 1—5 Jahren auftreten, erwähnt jedoch auch sporadischer Fälle sowie solcher, in denen Erwachsene von Diphtherie heimgesucht wurden. Chronischer Katarrh der oberen Luftwege erhöht, wie bekannt, die Disposition zur Ansiedelung der Löffler-schen Bacillen. Zu den Seltenheiten gehören die Recidive einer „wirklichen" Diphtherie. Des weiteren spricht Monti über die verschiedene Empfänglichkeit für dieses Gift und kommt hier in Frage das Schleimhautepithel, die Reaction der Mundflüssigkeit, das Blutserum, die Altersstufen etc. Die biologischen Eigenschaften des Bacillus betreffend nennt Monti unter anderen die äusserst geringe Widerstandsfähigkeit gegen Hitze und die bekannten Antiseptica, nur der Eintrocknung widerstehen sie lange Zeit, im Blute gehen sie jedoch bald zu Grunde. Die Uebertragung geschieht direct durch ausgehustete Membranen und Secret, indirect aber nur dann infectionserregend, wenn die Einwirkung der inficirten Gegenstände auf das gesunde Individuum längere Zeit dauerte, ferner durch Luft und Staub, jedoch nicht auf weitere Entfernung. Ausserhalb des Körpers vermehren sich die Bacillen nicht. Die Art der Ausbreitung der Bacillen und deren Wirkungen in den einzelnen Geweben beschreibend, weist Verf. auf die häufige Combination mit Streptokokken hin, welche Fälle dann als septische Diphtherie bezeichnet werden. Mit zwei Thierimpfungen mit Löffler'schen Bacillen beweist Monti, dass dieser Bacillus der Krankheitserreger ist, der die localen Erscheinungen veranlasst, während die allgemeinen Erscheinungen durch vom Bacillus erzeugtes Gift in der Blutbahn bedingt sind. Nun folgen detaillirte Schilderungen der Eigenschaften dieses Giftes, seiner toxischen Wirkung beim Thiere. Bezüglich der Ent-

stehung und Entwickelung der Diphtherie beim Menschen unterscheidet Verf. ein Incubationsstadium, ein Invasionsstadium, in welchem der Process der Coagulationsnecrose das Bild beherrscht.

Nach Martin Sidney werden die Diphtherietoxine theils in der Diphtheriemembran, theils in den Geweben gebildet, ersteres ist der chemische Repräsentant des lebenden infectiösen Bacill. diphth., letzteres, das Gewebegift, gehört zu den Albumosen und ist theilweise eine organische Säure, bewirkt die Temperatursteigerung und die degenerativen Processe und kann ebenso wie das Membrangift dargestellt werden. Verfasser geht nun zu den klinischen Bildern der Diphtherie über und fasst dieselben in drei Hauptarten zusammen: Die fibrinöse, die phlegmonöse und die septische respective gangränöse Form, die nun genau abgehandelt werden, desgleichen erfahren die klinischen Symptome eine detaillirte Besprechung, so besonders die Temperatur, der Puls, die Respiration, Verdauung, Herz- und Nierenthätigkeit u. a. m. Die postdiphtheritischen Lähmungen, am häufigsten in der 2.—3. Woche auftretend, stellen sich meist nach Ablauf der localen Affection ein und sind symmetrisch. In manchen Fällen findet man wahre Ataxie, in anderen complete Muskelgruppenlähmungen neben nur paretischen oder selbst ganz normalen Muskelgruppen derselben Körpergegend. Bezüglich der Mortalität, die in den letzten Jahren vor der Serumtherapie bis 50pCt. betrug, kann Verfasser die erfreuliche Mittheilung machen, dass im ersten Jahre seit Einführung genannter Therapie dieselbe auf durchschnittlich 22 pCt. gesunken ist. Die unmittelbare Todesursache ist je nach den verschiedenen klinischen Formen verschieden. Den Heilungsvorgang berührend kommt Monti auf die Prognose zu sprechen, die er abhängig macht von der Form und Ausbreitung der Erkrankung, von den Organveränderungen, der Constitution und dem Alter des Kindes. Schliesslich giebt M. anlässlich der Besprechung der Prophylaxe und Therapie seine Meinung über die Serumtherapie und deren Immunisirungswerth an, die dahin geht, dass das Heilserum als Immunisirungsmittel anzuwenden ist, wenn es auch nur auf kürzere Zeit wirksam ist. Nach Beantwortung der Fragen: Was zur Entdeckung des Heilserums führte, was es ist und wie es bereitet wird, räth M. die Anwendung hochwerthigen Serums als das entschieden vortheilhaftere. Um die Güte eines Serums zu prüfen, giebt er dem praktischen Arzte Anhaltspunkte, bespricht weiters die Wirkung des Serums, wovon diese abhängt und schliesst mit einer ausführlichen Abhandlung über die Therapie der Diphtherie in ihren verschiedenen Formen und Stadien und endlich über die üblen Folgen, wie solche nach Anwendung grosser Mengen Serums nicht selten auftreten, jedoch zu vermeiden wären, wenn das Antitoxin in concentrirterer Form in wenig Serum vertheilt wäre. CHIARI.

77) **Blumenfeld** (Bruck a. d. Leitha). **Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der Blutserum-Therapie gegen Diphtheritis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1896.*

Von den 229 mit Serum behandelten Diphtheriefällen gingen 8pCt. mit Tod ab und konnte Verfasser gerade bei den schwersten Fällen mit hochgradigen Stenoseerscheinungen die ausserordentlich günstige Wirkung des Heilserums constatiren. Besondere Nebenwirkungen sah er nicht, gleichwohl bestätigt er die An-

sicht, dass die Immunisirung nur zeitlich beschränkte Wirkung besitzt und meint, dass sich die Umgebung des Nabels oder die seitliche Thoraxwand besser als Oberschenkel oder Vorderarm als Injectionsstelle eignet. Zur Verwendung kam Höchster Serum, seit einem Jahre Wiener Serum (Professor Paltauf), welch letzterem Serum er trotz seines billigeren Preises doch nachsagen muss, dass ein verhältnissmässig grosses Quantum (bis 15 ccm) auf einmal injicirt werden muss, was besonders bei Kindern unangenehm ist.

CHIARI.

78) **Max Kassowitz** (Wien). **Zur Diphtherieserumstatistik.** *Wiener klinische Wochenschr. 1896. No. 17.*

Kassowitz constatirt eine Zunahme der Diphtherietodesfälle in Triest während der letzten Jahre, in denen fast alle Diphtheriefälle auf das rigoroseste mit Serum behandelt wurden gegenüber den Vorjahren ohne Serumtherapie. Er betont, dass Triest die ungünstigsten Erfolge aufzuweisen hat und zeigt, dass es unter allen grösseren Städten Europas die niederste procentuelle Mortalität, dabei aber die grösste absolute Diphtheriesterblichkeit nock immer besitzt. Kassowitz will also aus den bisherigen Statistiken noch gar keinen Schluss ziehen auf die Heilungserfolge der Serumtherapie.

CHIARI.

79) **Sevestre** (Paris). **Statistik über die Diphtherie im Kinderkrankenhause im Jahre 1895. (Statistique de la diphthérie à l'hôpital des enfants malades en 1895.)**

Es wurden aufgenommen auf die Diphtherieabtheilung vor Bestätigung der Diagnose durch bakteriologische Untersuchung der Membranen insgesammt 1140 Kinder. Die Mortalität war 158 Fälle = 13,85 pCt. Unter 878 Fällen von sicherer Diphtherie kamen 133 Todesfälle vor; also eine Mortalität von 15,14 pCt., eine Ziffer, die zu der von 1890 und 91 wie 1:4 sich verhält. Die Kinder erhielten alle noch vor der Untersuchung der Membran 10 oder 20 ccm Roux'sches Serum injicirt.

Die Injection des Marmorek'schen Serum in den Fällen von Streptokokken-Infection ergab sehr wechselnde Resultate; Verf. möchte darin einen Hinweis erblicken, dass man verschiedene Arten von Streptokokken als Krankheitserreger annehmen muss. Die Fälle von Croup mit bedrohlichen Erscheinungen von Stenose wurden intubirt.

LUC.

80) **H. Jonker** (s'Graveland). **Die Diphtherie in s'Graveland. (De diphtheritis te s'Graveland.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1896. I. No. 21.*

Bericht über eine kleine Epidermie. Morbidität 58; Mortalität 6. Bei diesen 6 Patienten wurde 5 Mal die ärztliche Hülfe zu spät eingeholt. Die äusserst günstige Mortalitätsziffer bei einer Epidemie sehr bösartigen Charakters verdankt J. der Serumtherapie.

H. BURGER.

81) . . . **Diphtherie und Serumbehandlung. (Diphtheria and the antitoxin treatment.)** *Brit. Med. Journ. 14. März, 4. April, 18. April, 9. Mai 1896.*

Von verschiedenen Autoren werden 40, 13, 28 und 9 Fälle mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

82) **Lennox Browne. Die mit Serum behandelten Fälle von Diphtherie im University College Hospital. (Cases of diphtheria treated with antitoxin at University College Hospital.)** *Brit. Med. Journal. 14. März 1896.*

Verf. vergleicht die von Martin und Smith publicirten Fälle mit den in den Metropolitau Fever Hospitals behandelten. ADOLPH BRONNER.

83) . . . **Das Diphtherieheilserum in den Hospitals of the Metropolitan Asylums Board. (Diphtheria antitoxin serum in the Hospitals of the Metropolitan Asylums Board.)** *Brit. Med. Journal. 4. April 1896.*

Ein Auszug aus dem am 28. März publicirten Report of the Hospitals of the Metropolitan Asylums Board. Der Bericht vergleicht die Behandlungsresultate von 1894 ohne Serum und die diesjährigen mit dem Serum. Die Mortalität betrug 1894 29,6 pCt., 1895 22,5 pCt. Bei 45,9 pCt. der mit Serum behandelten Fälle trat ein Exanthem nach der Injection auf. ADOLPH BRONNER.

84) **Johnstone Campbell. Die neueren Resultate der Serumbehandlung bei Diphtherie. (Recent results in the treatment of diphtheria by antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 30. Mai 1896.*

Auszug eines in der Bradford Medical Society gehaltenen Vortrags, in dem Verf. über die neue Therapie und ihre Resultate einen kurzen Ueberblick giebt.

ADOLF BRONNER.

85) . . . . **Heilserum und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Lancet. 11. April 1896.*

Kurzer Auszug aus dem Berichte des Metropolitau Asylums Board über den Gebrauch von Diphtherieserum. ADOLF BRONNER.

86) **G. E. C. Wood. Vorläufige Mittheilung über eine Methode zur beschleunigten Darstellung von Diphtherieantitoxinen. (A preliminary note on a method for rapidly producing diphtheria antitoxins.)** *Lancet. 11. April 1896.*

Verf. stellte 2 Diphtherietoxine dar: erstens das gewöhnliche, das die Diphtheriebacillen auf den Pepton-Nährböden bilden; und zweitens die Giftsubstanzen, die in Serumculturen enthalten sind, welche filtrirt und auf 65 erhitzt werden. Durch Combination der beiden Gifte lässt sich bei Thieren weit schneller, als dies bisher möglich war, eine hohe zur Serumgewinnung ausreichende Immunität erzielen. ADOLF BRONNER.

87) **H. H. Russell Nolan** (Toowoomba Queensland). **Diphtherie beim Kinde mit Serum behandelt. (Diphtheria in a child treated with antitoxin.)** *Australian Med. Gazette. 20. Februar 1896.*

Krankengeschichte eines anscheinend verzweifelten Falles, der nach Injection zweier grosser Serumdosen zur Heilung kam. A. J. BRADY.

88) **C. P. B. Clubbe** und **W. J. Litchfield** (Sydney). **Kurzer Bericht über die ersten 100 Diphtheriefälle, die auf der Diphtherieabtheilung des Sydneyer Kinderkrankenhauses mit Serum behandelt wurden, verglichen mit den letzten 100 ohne Serum behandelten. (A short account of the first one hundred cases**

of diphtheria treated at the diphtheria branch of the Childrens Hospital Sydney, with antitoxin in comparison with one hundred preceding cases treated without.) *Australian Medical Gazette. 20. Februar 1896.*

Von den ersten 100 Fällen ohne Serum kamen 49 zur Heilung, tracheotomirt wurden 59. Die zweite Reihe mit Serum ergab 77 Heilungen, 48 Tracheotomien. Die Tracheotomiecanüle musste bei den Fällen ohne Serum durchschnittlich 7 bis 8 Tage liegen bleiben, in der Serumperiode nur 5 Tage. Die Membran verschwand bei den Fällen ohne Serum im Durchschnitt am 10. Krankheitstage, während der Serumperiode am 4. Die Diagnose wurde in allen Fällen beider Reihen durch bakteriologische Untersuchung bestätige. A. J. BRADY.

89) **Frank A. Nyulasy** (Melbourne). **Diphtherie bei einem Kinde von 11 Monaten. Tracheotomie. Seruminjection. Heilung. (Diphtheria in an infant 11 months old. Tracheotomy. Antitoxin. Recovery.)** *Australian Medical Gazette. 20. März 1896.*

Die Tracheotomie war nöthig wegen drohender Erstickungsgefahr. Die Membran reichte bis unter die Tracheotomieöffnung. N. hat den Eindruck, dass die Heilung dem Serum zuzuschreiben ist. A. J. BRADY.

90) **J. V. Cantwell. Klinische Studie über 10 Fälle von Tracheotomie mit einem Todesfall. (A clinical study of tracheotomy — ten cases, one death.)** *N. Y. Medical Record. 15. Februar 1896.*

Der Verf. setzt das oben genannte gute Resultat auf Rechnung der Serumanwendung in Verbindung mit der Vornahme der tiefen Operation. Kurz vor der Einführung des Serums hat er 6 Fälle operirt, von denen nur einer durchkam. Als weiteren Beweis für den Nutzen des Serums erwähnt Verf., dass in keinem seiner Fälle eine Infection der Wunde statt hatte, obgleich ausser der gewohnten Abwaschungen und Verbände keine besondere Antisepsis geübt wurde.

LEFFERTS.

91) **Monod. Die Behandlung der Diphtheritis in Frankreich. (Treatment of diphtheria in France.)** *N. Y. Medical Record. 22. Februar 1896.*

Statistischer Nachweis — durch Gegenüberstellung der Sterblichkeitsziffern von 108 grossen Städten (über 20000 Einwohner) aus den ersten 6 Monaten der Jahre 1894 und 1895 —, dass die Mortalität nicht nur sehr viel geringer ist, sondern noch beständig sinkt. Als Ursache sieht M. die Einführung der Serumtherapie an. LEFFERTS.

92) **J. H. Mc Collom. Die Serumbehandlung bei Diphtherie im Boston City Hospital. (The antitoxin treatment of diphtheria at the Boston City Hospital.)** *N. Y. Med. Record. 29. Februar 1896. Boston Medical and Surgical Journal. 13. Februar 1896.*

Behandelt wurden 844 Fälle; es starben 96 = 11 pCt. Mortalität, ein sicherlich bemerkenswerthes Resultat. LEFFERTS.

93) **Redact. Notiz. Ein Laie über die Serumbehandlung bei Diphtherie (A layman on the antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 29. Februar 1896.*

Der Artikel legt die Bemerkungen eines Herrn Demetrius C. Boulger, der in der Contemporary Review gegen die „fanatische" und „hysterische" Begeisterung für das Serum zu Felde zog, in ihrer ganzen Bedeutungslosigkeit dar. Der Herr ist übrigens nicht Arzt. LEFFERTS.

94) **Redact. Notiz. Das Diphtherieserum in Chicago. (Diphtheria antitoxin in Chicago.)** *N. Y. Med. Record. 7. März 1896.*

Von 629 behandelten Fällen genasen 591. Bei den 38 (= 6 pCt.) Gestorbenen fand die Seruminjection durchgehends erst nach den ersten 24 Stunden der Erkrankung statt. Von 437 der Erkrankung exponirten und immunisirten Personen acquirirte keiner die Diphtherie. LEFFERTS.

95) **Redact. Bemerkung. Das Diphtherieserum in Japan. (Diphtheria antitoxin in Japan.)** *N. Y. Medical Record. 4. April 1896.*

Behandelt wurden in Tokio während des letzten Jahres 353 Fälle; davon starben 31 = 8,78 pCt. Aus 26521 Fällen aus der Zeit vor der Einführung des Serums berechnet Kitasato eine Diphtheriesterblichkeit von 56,54 pCt. für Japan. LEFFERTS.

96) **Chas. L. Dana. Diphtheritische Lähmungen und Heilserum. (Diphtheritic palsies and the use of antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 11. April 1896.*

Die bisherigen Beobachtungen erweisen, dass Lähmungen unter dem Gebrauch des Serums zwar nicht zugenommen haben, aber doch auch nicht verhindert und überhaupt nicht beeinflusst werden. Wenn also das Serum im Ganzen auch wirksam ist, so reichen die bisherigen Dosen doch nicht aus, den specifischen Effekts des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem zu verhüten. Die Wirkung des Serums als Antidot ist, wo postdiphtheritische Lähmung auftritt, keine vollständige. Mehr aber lässt sich aus der Lähmung nicht schliessen: Die Thatsache, dass das Serum in sehr vielen Fällen tiefere Schädigung des Organismus verhindert, wird dadurch nicht berührt. LEFFERTS.

97) **B. Scheinkman. Persönliche Erfahrungen mit dem Diphtherieheilserum. (Personal experience in the antitoxin treatment of diphtheria.)** *Medical Record. 18. April 1896.*

„Nach meinen persönlichen Erfahrungen mit dem Serum bei mehr als 30 Fällen kann ich mich nur schwer zurückhalten, nicht zu enthusiastisch über den Werth dieser Therapie zu denken." LEFFERTS.

98) **C. B. Fitzpatrick. Eine mögliche Erklärung des plötzlichen Todes nach der Injection von Diphtherieheilserum im Falle des Kindes Langerhans. (A possible explanation of sudden death after the administration of diphtheria antitoxin applied to the death of the child of Dr. Langerhans.)** *Medical Record. 18. April 1896.*

Verf. erklärt den Tod als Folge von Carbolsäurevergiftung. LEFFERTS.

99) **Redact. Mittheilungen. Die Serumtherapie in Berlin. (Serum treatment of diphtheria in Berlin.)** *Medical News. 18. April 1896. Medical Record. 18. April 1896.*

Berichte über die am Berliner städtischen Krankenhause am Urban erzielten Resultate. LEFFERTS.

100) **M. L. Davis. Phytolacca oder Heilserum bei Behandlung der Diphtherie. (Phytolacca versus antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 25. April 1896.*

Verf. critisirt die Angaben Alexanders' über die Behandlung der Diphtheritis mittelst Phytolacca. Ueber seine eigenen Erfahrungen äussert er sich: „Ich habe nahezu alle Mittel durchprobirt, die gegen Diphtherie empfohlen sind, und ich glaube, dass das einzige, das wirklich Nutzen bringt, das Quecksilber in irgend einer Form ist; alle die andern haben nur accessorisch Werth."

LEFFERTS.

101) **Redact. Mittheilung. Bericht über die Serumtherapie. (Report on diphtheria antitoxin.)** *Medical News. 18. April 1896. Medical Record. 2. Mai 1896.*

Auszug aus einem Bericht des Metropolitan Asylums Board of London. In den der Aufsicht desslben unterstellten 6 Krankenhäusern wurden im Jahre 1895 insgesammt mit Serum behandelt 2182 Fälle; von diesen starben 615 = 28,1 pCt. Mortalität. LEFFERTS.

102) **Gay. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1896.*

Lokale Applicationen sollen frühzeitig und energisch in Anwendung kommen; ihr Zweck ist sowohl ein germicider, wie der der Reinigung. Als germicides Mittel benutzte G. in der letzten Zeit die Löffler'sche Lösung mit gutem Erfolg in folgender Form:

Menthol	gr VI
Liqu. ferri sesquichlorat.	1,5
Toluol	15,0
Alkohol . . . . . . ad	30,0

M. D. S. Drei oder vier Mal am Tage im Halse einzureiben.

Nach Löffler tödtet diese Mischung Dipththeriebacillen in 10 Secunden. Zu Reinigungszwecken macht G. Nasendurchspülungen mit einer 5 proc. Natriumchloridlösung und lässt dieselbe auch während des ganzen Krankheitsverlaufes häufig als Spray anwenden. LEFFERTS.

103) **J. D. Blake. Sechszehn Fälle von Kehlkopfcroup behandelt mittelst Intubation und Heilserum. (Sixteen cases of laryngeal croup treated by intubation and with antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 16. Mai 1896.*

Der älteste Patient war 7 Jahre, der jüngste 4 Monate. 12 Fälle genasen, 4 starben. In einem Falle kam das Serum am 2. Tage, in einem andern Falle erst am 9. Tage zur Anwendung. In zwei Fällen wurden im Halse keine Bacillen gefunden; doch können solche Fälle contagiös für andere werden. LEFFERTS.

104) **Redact. Notiz. Die Gefahr des Diphtherieheilserums. (The danger of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 25. April 1896.*

Im Anschluss an den bekannten Fall von Langerhans werden noch drei unglücklich verlaufene Fälle (zwei mitgetheilt von Dr. Taylor und einer von Dr. Gratiot) besprochen. Was auch das Endurtheil der ärztlichen Welt über den Heilwerth des Diphtherieserums sein wird, sagt Taylor, die Thatsache darf man nicht aus dem Auge verlieren, dass dasselbe ein höchst differentes Mittel darstellt und dass die Contraindicationen für seine Anwendung noch nicht klargestellt sind; bisher kann man mit demselben ebensowohl erheblichen Schaden wie grossen Nutzen schaffen.

LEFFERTS.

105) **Redact. Mittheilung. Sammelforschung der American Pediatric Society über die Erfolge der Serumbehandlung bei Diphtherie in der Privatpraxis. (Collective investigation of the antitoxin treatment of diphtheria in private practise by the American Pediatric Society.)** *Medical News. 25. April 1896. Medical Journal. 25. April 1896.*

Die Gesellschaft hat die Sammelforschung angeregt und ein Comité für dieselbe eingesetzt, damit die privat beobachteten Fälle für die Beurtheilung nicht verloren gehen. In den Punkten, über die der Fragebogen Bericht verlangt, sind besonders wesentlich: erstens die Zeit zwischen dem ersten Anzeichen der Erkrankung und der Verabfolgung des Serums; diese Zeit soll so genau als irgend möglich, selbst auf Theile eines Tages bestimmt werden; und zweitens die Schwere der Erkrankung, die zu bemessen ist nach a) der Ausdehnung der Membran, b) der allgemeinen Gesundheitsstörung und c) der Betheiligung des Larynx.

LEFFERTS.

106) **Redact. Notiz. Die Serumtherapie bei Diphtherie. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Mai 1896.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

107) **Wm. H. Park. Ueber einige gegen die Serumtherapie bei Diphtheritis gemachte Einwände. (Comments on some of the objections offered to the use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Medical News. 22. Februar 1896.*

Die Gruppirung der letzten Resultate der Serumtherapie scheint deutlich zu erweisen: dass mit der Stärke des Serums und mit der zunehmenden Erfahrung die Hoffnung, durch frühere Behandlung mit dem Serum manches Leben zu retten, steigt. Bis das Pferdeserum ganz eliminirt werden kann, wird man mit gelegentlichen unangenehmen Nebenwirkungen rechnen müssen; allein diese sind selten, wenn überhaupt je, gefährlicher Natur.

LEFFERTS.

108) **Redact. Notiz. Die letzte Diphtheritis-Epidemie in Chicago; Bericht über die Erfolge der Serumtherapie (The recent epidemic of diphtheria in Chicago, U. S. Results of the serum-antitoxin treatment.)** *Medical News. 22. Februar 1896.*

Behandelt wurden mit Serum 805 Fälle von (bakteriologisch identificirter) echter Diphtherie.

Die Behandlung begann:	Gesammt.	Geheilt.	Gestorben.	Mortalität.
am 1. Krankheitstage . .	61	61	0	0,00 pCt.
„ 2. „ . .	187	184	3	1,60 „
„ 3. „ . .	372	362	10	2,68 „
„ 4. „ . .	109	92	17	15,60 „
Später als am 4. Tag . .	76	54	22	28,94 „
	805	753	52	6,46 pCt.

Der Krankheit ausgesetzt und prophylaktisch geimpft waren von Kindern und anderen Personen insgesammt 810
davon erkrankten später an Diphtherie 4

LEFFERTS.

109) **H. T. Dalgleish. 9jährige Erfahrungen über Diphtheritis einschliesslich 1jähriger Erfahrungen mit dem Serum. Hinweis auf Wirkungen des letzteren bei anderen Krankheiten und krankhaften Zuständen. (9 years experience of diphtheria including 1 years experience with antitoxin; calling attention to effects produced in diseases and morbid conditions other than diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Association. 15. Februar 1896.*

Ein 13 Monate altes Kind, schwach und schlecht entwickelt, das seit der Geburt an Durchfall und Erbrechen gelitten hatte, bekam zu präventiven Zwecken eine Serumeinspritzung. Seither kein Erbrechen und Gewichtszunahme. D. hat dann eine Anzahl Kinder geimpft in der direkten Absicht, ihre Ernährungs- und Digestionsverhältnisse zu bessern; der Erfolg war wunderbar. Auch ein tuberculöser Patient, zwei gelähmte (das Serum wurde in die gelähmten Muskeln injicirt), zwei Fälle von Melancholie und andere wurden erheblich gebessert.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **Rosa Engelmann. Statistische Beobachtungen an 100 mit Serum behandelten Diphtheriefällen. (Observations and statistics upon the use of antitoxin in 100 cases of diphtheria.)** *Journal Amer. Med. Association. 22. Februar 1896.*

Verf. notirt schnelle Besserung, die relative Seltenheit postdiphtherischer Lähmungen etc. etc.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **Redact. Notiz. Das Diphtherieserum vom klinischen Standpunkt aus. (Diphtheria antitoxin from the Clinicians standpoint.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 14. März 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

112) **Redact. Mittheilung. Diphtherieheilserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Am. Medico-Surgical Bulletin. 30. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **O. C. Strickler. Der Werth des Serums bei der Behandlung der Diphtheritis. (The use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 1. Februar 1896.*

Bericht über 47 Fälle, von denen 3 starben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

114) **F. H. Odenthal. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 1. Februar 1896.*

43 Krankengeschichten; 3 Fälle verliefen latal. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **Redact. Bemerkung. Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Northwestern Lancet. 1. Februar 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **C. G. Weston. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1896.*

Bericht über 203 Fälle, von denen 24 starben. 68 Patienten hatten Kehlkopf-Diphtherie. Von diesen wurden 36 intubirt, nur 5 starben; von den 32 nicht-intubirten starben 10. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

117) **Redact. Notiz. Ein Todesfall, auf Diphtherieserum zurückgeführt. (Death attributed to diphtheria antitoxin.)** *The Med. Review. 18. April 1896.*

Betrachtungen über den Langerhans'schen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

118) **L. A. E. Storch. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 28. März 1896.*

Bericht über die Erkrankung eines $3^1/_2$ Monate alten Kindes. Behandlung mit Serum; Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **James L. Kortright. Praktische Erfahrungen mit dem Diphtherieserum. (Practical experience with antitoxin.)** *North Carolina Medical Journal. März 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

120) **G. R. Skinner. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Jowa Med. Journal. März 1896.*

Verf. hält das Serum für ein Specificum. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

121) **Edwin Rosenthal. Die Behandlung der Diphtheritis mit Serum. (The treatment of diphtheria with diphtheria antitoxin.)** *The Atlantic Medical Weekly. 21. März 1896.*

Bericht über 72 Fälle, von denen 14 intubirt wurden. Nur zwei Todesfälle, beide zu den intubirten Fällen gehörig. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

122) **Alfred T. Bazin. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Montreal Medical Journal. April 1896.*

103 Fälle wurden mit Serum behandelt; 10 davon starben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

123) **Redact. Notiz. Die Gefahr der Serumbehandlung bei Diphtherie. (Danger of diphtheria antitoxin.)** *The Maritime Med. News. Mai 1896.*

Der Artikel beschäftigt sich mit dem Todesfall des Kindes Langerhans.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

124) **E. J. Elderkin. Bericht und Bemerkungen über 13 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie. (Some notes and comments on 13 cases of diphtheria treated with antidiphtheritic serum.)** *The Maritime Medical News. April 1896.*

Verf. hält das Serum für einen ebensolchen Gewinn für die Menschheit wie die Vaccine. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

125) **D. A. Modell. Ein Bericht über die Serumtherapie bei Diphtherie. (A report on the antitoxin treatment of diphtheria.)** *Codex Medicus. April 1896.*

Der Bericht stützt sich auf Fälle, die in Moskau, und nicht vom Verf. selbst, beobachtet worden sind. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

126) **Ed. R. Campbell. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Vermont Med. Monthly. April 1896.*

Bericht über 12 Fälle; 1 Todesfall. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

127) **Cheves Bevill. Die Serumbehandlung im Landesinneren. (Antitoxin in diphtheria in the Interior.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. März 1896.*

Bericht über 10 Fälle; 4 von diesen bekamen Serum und wurden gesund, die anderen 6 starben. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

128) **E. C. Levy. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (Serum therapy of diphtheria.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. Mai 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

129) **John D. Blake. Kehlkopfcroup. (Laryngeal croup.)** *Maryland Medical Journal. 23. Mai 1896.*

Bericht über 16 Fälle; alle erhielten Serum und wurden intubirt; es starben 4 Fälle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

130) **Redact. Bemerkung. Diphtherie und Serum. Guajacol als lokales Mittel. (Diphtheria and antitoxin. Guajacol as a topical application.)** *Philadelphia Polyclinic. 18. April 1896.*

Eine Mischung von Guajacol 10 Theile, Menthol 1 und sterilisirtem Olivenöl 10 Theile wird neben dem Serum zur localen Application empfohlen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

131) **Charles A. Atwood. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie. Tracheotomie. Heilung. (A case of laryngeal diphtheria: Tracheotomy. Recovery.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 23. April 1896.*

6jähriges Kind. Serum wurde erst nach der Operation injicirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

132) **F. Gordon Morrill. Erfahrungen über die Anwendung von Diphtherieheilserum zu Immunisirungszwecken im Kinderkrankenhause während der letzten 4 Monate. (Results of the use of antitoxin for immunization against diphtheria at the children's hospital during the past four months.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 21. Mai 1896.*

Obgleich das Haus vom 18. December 1895 bis 10. April 1896, von der Zeit

vom 6. bis 11. Januar abgesehen, niemals frei von Diphtheriekranken war, kam doch nur ein Fall von Hausinfection vor. In diesem besonderen Falle war die Immunisirung ausgesetzt worden und seit der Seruminjection 36 Tage verflossen. Nach den vorliegenden Erfahrungen aber reicht der Impfschutz höchstens 28 Tage. Von den 290 Kindern des Hauses wurde bei $7^1/_2$ pCt. die Anwesenheit des Bacillus constatirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

133) **Kirstein. Die Freilegung der tiefen Halstheile mit dem Zungenspatel (Autoskopie der Luftwege).** Verhandl. d. III. südd. Laryngologentages. 1896. — *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1896.*

K. bezeichnet seine Autoskopie als eine Reform unserer alten Zungenspateltechnik und benutzt zu derselben glatte schmale, vorn mehr oder weniger gekrümmte Spateln. Hauptsache dabei ist das Niederdrücken der Zunge, die Formirung einer möglichst weit nach hinten unten reichenden Rinne in derselben. Die Reaction der Zunge ist äusserst verschieden, da es phlegmatische, aufgeregte, nervöse und widerspenstige Zungen giebt, deren Behandlung Geschicklichkeit und Diplomatie erfordert. Ganz geeignet ist diese Untersuchung zur Inspection der Hinterwand und bei kleinen Kindern.

SCHECH.

134) **Ephraim. Ueber die directe Laryngoskopie (Autoskopie).** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2. 1896.*

Ergänzung resp. Bestätigung der Kirstein'schen Erfahrungen. Die Autoskopie gelingt beim weiblichen Geschlecht leichter, und zwar weniger wegen der geringeren Empfindlichkeit der Zungenbasis, als wegen der leichteren Beweglichkeit der Epiglottis. Eine Verdrängung des Kehlkopfspiegels ist nicht zu fürchten, da die Autoskopie auch Nachtheile hat, wie die Verlegung des Sinus pyriformis durch die verdrängten seitlichen Zungenpartien, ferner die grössere Belästigung der Patienten.

SCHECH.

135) **P. Bruns. Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoskopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 8.*

B. spricht sich sehr anerkennend über die Kirstein'sche Methode aus, die er namentlich bei Kindern, die mit dem Spiegel nicht zu untersuchen sind, für ein unentbehrliches Hülfsmittel hält, da es bei diesen in der Chloroformnarkose mit dem Kirstein'schen Instrument leicht gelingt, Kehlkopf und Trachea zu übersehen und eventuell Operationen auszuführen.

LANDGRAF.

136) **Ziem. Zur Autoskopie des Kehlkopfes.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 3. 1896.*

Versuch, Voltolini als eigentlichen Erfinder der Autoskopie hinzustellen gegenüber Kirstein.

SCHECH.

137) **Kirstein. Voltolini und die Autoskopie der Luftwege.** *Monatschrift für Ohrenheilk. No. 4. 1896.*

Offenes Schreiben an H. Ziem, worin Kirstein seine Rechte wahrt gegenüber Voltolini.

SCHECH.

138) **Ziem. Voltolini und die Autoskopie des Kehlkopfes.** *Monatschrift für Ohrenheilk. No. 6. 1896.*

Antwortschreiben an Kirstein, das von Interessenten im Original gelesen werden muss.

SCHECH.

139) **Katzenstein. Das Orthoskop, ein neuer Kehlkopfspiegel, der aufrechte Bilder giebt.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 16.*

K. hat zwei Spiegel in einem Instrument vereinigt, von denen der zweite Spiegel das umgekehrte Bild des ersten abermals umkehrt, so dass ein aufrechtes Bild resultirt.

LANDGRAF.

140) **Yonge. Intralaryngeale Photographie. (Intralaryngeal photography.)** *Brit. Med. Journal. 18. April 1896.*

Vortrag, gehalten in der Manchester Medical Society. Kurze Beschreibung der Methode, die der von Lennox Browne angegebenen ähnlich ist.

ADOLPH BRONNER.

141) **Ellenbeck** (Mettmann). **Ueber Varianten des normalen Kehlkopfbildes.** Dissert. Rostock. 1896.

Die mit grossem Fleisse ausgeführte Arbeit hat zum Ziele, statistisch zu ergründen, ob gewisse häufig beobachtete Varietäten des laryngoskopischen Bildes von bestimmten Factoren, wie Alter, Geschlecht, Beruf etc. beeinflusst werden. Zur Untersuchung gelangten 200 Kehlköpfe, sowohl von Kindern als von Erwachsenen.

Die Untersuchungen beziehen sich auf die Beschaffenheit, die Farbe der Stimmbänder, auf die Sehnenflecken, auf die Stellungsanomalien des Kehlkopfes und auf die Anomalien in der Gestalt und Lage der Giessbeckenknorpel.

SEIFERT.

142) **Duncan** (Melbourne, Victoria). **Verbindung zwischen Larynx und Oesophagus. (Communication between the larynx and the oesophagus.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. März 1896.*

Demonstration des anatomischen Präparates in der Medical Society of Victoria. Die erbsengrosse Communicationsöffnung sass in der Höhe des Ringknorpels. Auf der ösophagealen Seite bestand eine kleine taschenartige Vorwölbung, die von einem knorpligen Auswuchs des Ringknorpels gebildet zu sein schien. Der Knorpel selbst bildete die Basis der Tasche, in der sich die mit Schleimhaut ausgekleidete Oeffnung zwischen Kehlkopf und Speiseröhre befand. Die letzten zwei Jahre vor seinem Tode hatte der Pat. stark mit Schluckbeschwerden zu thun gehabt; besonders waren ihm Flüssigkeiten leicht in den Kehlkopf gerathen. Es wurde die Gastrotomie gemacht und Pat. lebte relativ behaglich bis zu dem durch Phthise erfolgten Exitus.

A. J. BRADY.

143) **C. Gerhardt** (Berlin). **Ueber Verkleisterung der Luftröhrenäste.** *Centralbl. f. innere Medicin. 20. 1896.*

Bei einem 18jährigen Bäckergesellen, der mit Husten, Athemnoth erkrankte, fiel an dem Auswurfe auf: die milchweisse Farbe, breites Zerfliessen der Sputa ohne eigentliche Bildung von Ballen, kleisterähnliches Aussehen. Auf Zusatz von Jodjodkaliumlösung zum Sputum traten blaue Flocken auf. Weder an Mund- noch Rachen- noch Kehlkopfhöhle konnte durch Jodlösung Blaufärbung erzielt werden. Für das so häufige Asthma der Bäcker und Müller dürfte solches Sputum wegen seiner grossen Klebrigkeit nicht ohne Bedeutung sein. SEIFERT.

144) **Lublinski** (Berlin). **Ueber Verkleisterung der oberen Wege.** *Centralbl. f. innere Medicin. 28. 1896.*

Bei einem 19jährigen Bäcker, der an Heiserkeit litt und weissgraue kleisterähnliche Massen auswarf, fand L. in der Nase, im Nasenrachenraum, an der hinteren Rachenwand, im Kehlkopfe und im oberen Theile der Trachea weisslich verfärbte schmierige Inseln, welche bei Zusatz von Lugol'scher Flüssigkeit Stärkereaction gaben. Die Schleimhaut der betreffenden Partien war durch die Weizenmehleinathmung entzündet (cf. die Mittheilung von Gerhardt). SEIFERT.

145) **Mac Gillivray** (Edinburgh). **Warzen aus dem Kehlkopf entfernt. (Warts removed from larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1896.*

Demonstration der Präparate. P. MC BRIDE.

146) **Ellis E. W. Given. Fortnahme einer kleinen Neubildung vom Stimmband durch Dr. Seiler. (Report of the removal of a small neoplasm from the vocal cord by Dr. Seiler.)** *The Medical Bulletin. April 1896.*

Es handelte sich um ein Fibrom von Stecknadelkopfgrösse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

147) **Navratil. Die Behandlung multipler Papillome im Kehlkopf. (The treatment of multiple papillomata of the larynx.)** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 10. N. Y. Medical Journal. 9. Mai 1896.*

N.'s Behandlungsmaximen sind folgende: In allen Fällen intralaryngeale Entfernung, wenn dieselbe ausführbar ist. Bei Kindern, wenn bedrohliche Erscheinungen von Kehlkopfstenose auftreten, rasche Tracheotomie, danach intralaryngeales Curettement. Bei Recidiven Wiederholung des Curettements, doch von der Trachealöffnung aus, so oft, bis keine weiteren Recidive eintreten. Bei Erwachsenen, wenn endolaryngeale Eingriffe nicht zum Ziele führten, Laryngofissur und gründliche Abtragung aller Tumoren. LEFFERTS.

148) **Gluck. 17 Fälle von Kehlkopfgeschwülsten.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 13. Vereins-Beilage No. 9.*

Gl. berichtet kurz über 17 Fälle. Bei zweien wurde nur die Tracheotomie gemacht, einer war inoperabel. Die übrigen erforderten grössere Eingriffe. Gl. bespricht die Gefahren derselben. Der Tod kann eintreten durch Herzparalyse, durch echte Vaguspneumonie, durch Fremdkörperpneumonie, durch eitrige Me-

diastinitis, durch Inanition. Er empfiehlt zur Vermeidung der Schluckpneumonie die quere Resection der Trachea und Annähung des Trachealstumpfes in die Hautwunde; später Rücklagerung. LANDGRAF.

149) **John A. Thompson. Sarcom des Larynx; Endbericht über einen früher publicirten Fall. (Sarcoma of the larynx. Final report of a case.)** *Medical News. 28. März 1896.*

„In der Medical News vom 24. October 1895 berichtete ich über einen Fall von Sarcom des Larynx, der nach einer Methode, die von der gewöhnlichen Laryngectomie radical verschieden war, operirt wurde. Im Interesse der Zuverlässigkeit medicinischer Statistiken theile ich heute kurz den weiteren Verlauf des Falles mit. Einige Zeit nachher entwickelte sich ein Abscess nahe der Mittellinie und zugleich erschienen sehr rasch wachsend sarcomatöse Geschwulstmassen im Bindegewebe des Halses. Die Ursprungsstelle derselben war in der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels an der rechten Seite zu erkennen, wo vorher auch die ursprüngliche Geschwulst den Larynx überragt hatte. Das Wachsthum des Recidivs war ein hervorragend schnelles; bald nach einer erneuten Operation zeigten sich auch Erscheinungen von sarcomatöser Infection der Lunge. Der Patient starb schliesslich durch Apnoe.“ LEFFERTS.

150) **Thomas H. Manley. Krebs des Kehlkopfs. (Cancer of the larynx.)** *The Med. Times and Register. 9. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

151) **Kümmel. Operationen am Kehlkopf.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 4. Vereins-Beilage No. 3.*

Vorstellung zweier Patienten, denen wegen Carcinoms — beide Male war das linke Stimmband Sitz desselben — die partielle Resection gemacht war. Der eine Fall war 6 Jahre recidivfrei. Der andere vor 1½ Jahren operirte, hatte vier Jahre vorher eine Resection des carcinomatösen Coecums überstanden. In beiden Fällen hatte sich eine Schleimhautwulst zu einer Art Stimmband formirt.

LANDGRAF.

152) **Clinton Wagner. Thyrotomie. Bericht über eine Reihe von Fällen, die in den letzten 20 Jahren operirt wurden. (Thyrotomy; with report of a series of cases operated upon the past twenty years.)** *N. Y. Medical Record. 4. Januar 1896.*

W. hat die Thyrotomie bei 5 Erwachsenen und 5 kleinen Kindern gemacht. Der jüngste Patient war 18 Monate alt, der älteste 66½ Jahr. Der eine erwachsene Patient wurde im ganzen 4mal operirt, bei einem anderen wurde die Operation ein zweites Mal ausgeführt; bei Beiden handelte es sich um maligne Neubildung. Mit Einrechnung dieser Eingriffe steigt die Zahl der ausgeführten Thyrotomien auf 15. In keinem der Fälle von maligner Neubildung war die Operation für den Exitus letalis verantwortlich. Sämmtliche Patienten überlebten die Operation um mehrere Monate. Die Fälle sind übrigens bis auf zwei bereits publicirt. Trotzdem giebt Verf. von allen sehr ausführliche Krankengeschichten. LEFFERTS.

153) **Alexander Baurowicz. Ein gestielter Krebs des Kehldeckels.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. 4. Heft 2. 1896.*

Kurze Krankengeschichten des bemerkenswerthen Falles. Gestielte Formen bösartiger Geschwülste sind sehr selten; auch der Sitz und die Grösse des Tumors (Hühnereigrösse), die durch Abbildungen veranschaulicht sind, geben dem Falle eine besondere Stellung. Pat. überlebte die Operation, deren Aussichten besonders gute schienen, nur kurze Zeit.

F. KLEMPERER.

154) **Ehlich. Primäres Carcinom an der Bifurcation der Trachea.** *Monatschr. f. Ohrenh. No. 3. 1896.*

65jähriger Mann, bei dem der aus zwei Theilen bestehende Tumor tracheoscopisch diagnostirt worden war. Die Section ergab constringirendes, derbes, cirrhöses Carcinom an der Bifurcation, auf beide Bronchien und die Musculatur des Oesophagus übergreifend, mit hochgradiger Stenose der Trachea und beider Bronchien sowie Perforation in den Oesophagus, Pneumonie des linken unteren Lungenlappens, umschriebene Pleuritis. Patient ging an den Folgen eines Selbstmordversuches, resp. an zwei penetrirenden Brustwunden der linken Seite mit Verletzung der linken Lunge, des Herzbeutels und der linken Herzhälfte, Hämorrhagie in den Herzbeutel und linke Pleurahöhle zu Grunde. Die Details müssen im Originale nachgelesen werden.

SCHECH.

f. Schilddrüse.

155) **Robert Hutchinson. Vorläufige Mittheilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse. (Preliminary note on the active substance in the thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 21. März 1896.*

Aus Schafsdrüsen wurde ein proteidhaltiges und ein proteidfreies wässriges Extract hergestellt. Im ersteren war das active Princip enthalten. Der colloide Stoff des Proteids war wirksam, das Nucleoalbumin nicht. Das wirksame Princip enthält Jod.

Die Mittheilung ist sehr kurz gehalten und giebt keine Details.

ADOLPH BRONNER

156) **Redact. Notiz. Die Gegenwart einer stark jodhaltigen Substanz in der normalen Schilddrüse. (The presence in the normal thyroid gland of a substance containing a relatively large quantity of iodine.)** *Medical News. 21. März 1896.*

Würdigung der bekannten Baumann'schen Entdeckung des Thyrojodins.

LEFFERTS.

157) **Baumann. Ueber das Thyrojodin.** *Münchener med. Wochenschr. No. 14. 1896.*

Das Thyrojodin ist ein normaler und functionell bedeutungsvoller Bestandtheil der Schilddrüse. Der Jodgehalt der Schilddrüse schwankt in weiten Grenzen, abnorm grosse Drüsen enthalten meist geringe Mengen von Jod; aber zweimal be-

trug er 4 mg. Im kindlichen Alter findet sich der geringste Jodgehalt, ebenso bei sehr alten Leuten. Ob im Boden und Trinkwasser der Kropfgegenden weniger Jod als in andern Gegenden sich findet, ist noch unbekannt, dass aber in einer Kropfgegend die Schilddrüse weniger Jod enthält, konnte Baumann constatiren. Durch Verabreichung von Jod steigt der Thyrojodingehalt gewaltig (20—30 mg). Das Thyrojodin wird in der Schilddrüse selbst gebildet, stammt also nicht von dem Stoffwechsel. In den Kröpfen ist der Jodgehalt immer ein sehr geringer.

SCHECH.

158) **Baumann. Ueber die Jodverbindungen der Schilddrüse.** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1896.*

Das Thyrojodin, die wirksame Substanz der Schilddrüse, ist an zwei Eiweisskörper gebunden und wird dasselbe durch Behandlung mit Säuren, Alcalien oder künstlicher Verdauung abgespalten. B. erklärt nun die Angaben von L. Fränkel, dass die obenbezeichneten Eiweissniederschläge sowohl beim Menschen als bei Thieren unwirksam seien, für unrichtig. Auch könne das von L. Fränkel aus den jodfreien Filtraten dargestellte Thyreoantitoxin unmöglich die im Sinne der Schilddrüsentherapie wirksame Substanz sein. SCHECH.

159) **Hennig. Ueber Thyrojodin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1896.*

Bei Fettsucht zeigte sich nach Thyrojodingebrauch stets eine Abnahme des Körpergewichts, sie war aber keineswegs eine constante; eine Dame nahm in 23 Tagen um 9,75 kg ab. Weniger constant zeigte sich der Einfluss auf den erworbenen Kropf; der Erfolg war theils ein geringer und nicht nachhaltiger, theils fehlte er ganz. Auch Morb. Basedowii zeigte keine Beeinflussung. Vorsicht ist nöthig, da Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Zittern, leichte Albuminurie etc. auftreten. SCHECH.

160) **Grawitz. Beitrag zur Wirkung des Thyrojodin auf den Stoffwechsel bei Fettsucht.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1896.*

Bei zwei Kranken trat starke Abnahme des Körpergewichts einmal von 3 kg in 8 Tagen und einmal von 3 kg nach 3 Wochen ein. SCHECH.

161) **A. Irsai, B. Vas, G. Gara. Ueber den Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel Kropfkranker.** *Deutsche medic. Wochenschrift. No. 28. 1896.*

Die Verff. fanden in jedem Fall eine Verkleinerung des Kropfes, eine Verminderung des Körpergewichts, eine Steigerung der Harnmenge, Vermehrung der Harnsäureausscheidung, eine negative Stickstoffbilanz von ca. 5 g N, eine Vermehrung der Anscheidung von ClNa und P_2O_5. LANDGRAF.

g. Oesophagus.

162) **J. William White. Ein Fremdkörper in der Speiseröhre, entdeckt und lokalisirt mittels Röntgen-Strahlen. (A foreign body in the oesophagus detected and localized by the Röntgen Rays.)** *University Med. Magazine. Juni 1896.*

Bei dem 2 Jahr 5 Monate alten Kinde konnte man einen „Knöchelstein“ ein wenig links von der Mittellinie anscheinend in der Höhe des Zwischenraumes zwischen 2. und 3. Rückenwirbel erblicken. Da der Fremdkörper sich mit der Zange und anderen Instrumenten nicht entfernen liess, so war die Gastrotomie nothwendig, die auch Erfolg hatte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

163) **H. B. A. Kugeler. Ein interessanter Fall von Epitheliom der Speiseröhre. (An interesting case of epithelioma of the oesophagus.)** *Pacific. Med. Journ. April 1896.*

53jähriger Mann, dessen Hauptklage auf Dyspnoe sich bezog. Die Tracheotomie wurde ganz plötzlich nothwendig, brachte aber keine Linderung. Der Pat. schnappte noch ein paar Mal nach Luft und starb. Die Section ergab, dass nur die hintere Wand des Oesophagus afficirt war. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

164) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Epitheliom des oberen Drittels der Speiseröhre; Oesophagotomie. (Epithelioma of the upper third of the oesophagus. Oesophagotomy.)** *Australian Med. Gazette. 20. Juni 1896.*

Von Interesse ist das Alter der Patientin, die erst 31 Jahre alt war. Die Oesophagotomie wurde in der gewöhnlichen Weise ausgeführt. Die Patientin war übrigens hereditär mit starker Neigung für Carcinom belastet. Bemerkenswerth ist, dass sie an heftigen Schmerzen im Halse litt, ehe noch Dysphagie eintrat.

A. J. BRADY.

165) **Gernert** (Gerolzhofen). **Carcinoma oesophagi universale.** Dissert. Würzburg. 1896.

Einem 35jährigen Manne war wegen carcinomatöser Strictur des Oesophagus die Gastrotomie gemacht worden, am folgenden Tage Exitus. Bei der Section fand sich der Oesophagus von oben, der Höhe des Ringknorpels entsprechend, bis zur Cardia von Krebsgeschwulst durchsetzt, deren Oberfläche bereits fast völlig ulcerirt war. Histologischer Befund: Plattenepithelkrebs. SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Philipp Schech (München). **Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Mit Einschluss der Laryngoskopie und local-therapeutischen Technik für praktische Aerzte und Studirende. Mit 67 Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1897.

Mit Freude werden Alle vorstehendes Buch begrüssen, welche des Verf. „Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase“ bereits kennen. Verf. darf mit Recht sagen, dass er obiges Werk auf vielfach geäusserten Wunsch geschrieben hat. Wir haben damit ein einheitliches Werk über die Erkrankungen des oberen Respirationstractus gewonnen, welches als in jeder Hinsicht dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechend warm empfohlen werden kann. Verf. hat mit Absicht die laryngoskopische Technik etwas kurz behandelt; sie lässt sich eben nur durch fleissige Uebung erlernen.

Wenn Verf. auch über manches eine in 25jähriger laryngoskopischer Thätigkeit abweichende Ansicht sich gebildet hat und zur Geltung zu bringen sucht, so ist er auf der anderen Seite doch den Anschauungen Anderer immer gerecht geworden.

Die deutsche Literatur namentlich ist möglichst vollständig gegeben und in practischer Weise nach den einzelnen Capiteln geordnet. Verf. schreibt immer äusserst klar, schildert in knappen, kurzen Zügen das Krankheitsbild, schweift nicht auf Nebensächliches ab und erleichtert so dem Lernenden die Orientirung. Noch nicht gebildete Fragen sind wohl angedeutet, der Lernende wird aber nicht mit unfruchtbaren Hypothesen belästigt oder unsicher gemacht. —

Den wichtigsten und schwierigsten Capiteln, wie Tuberculose, Syphilis, Verengerungen, Nervenkrankheiten des Kehlkopfes sind grosse Abschnitte gewidmet, welche ganz vortrefflich zusammengestellt und bearbeitet sind. —

Durch das ganze Buch geht ein anderer Zug, als es in den meisten ähnlichen Werken der Fall ist. Aus jeder Zeile spricht der erfahrene Practiker, welcher alle Errungenschaften der Wissenschaft vollkommen beherrscht. —

Wenn Ref. auch in Manchem nicht vollkommen mit Verf. übereinstimmt, z. B. bei der Laryngitis catarrhalis acuta und Pseudocroup, bei der Laryngitis pseudomembranacea, so lange es sich um Croup handelt, eine mehr locale Behandlung befürwortet, so sind das schliesslich Ansichten und Erfahrungssachen.

Auf dem Gebiete der Nervenerkrankungen hat Verf. selbst Vieles geleistet; er steht aber durchaus nicht an, seine früheren Ansichten zu corrigiren. —

Jeder, sei er erst Lernender oder Specialcollege, wird das Buch mit Befriedigung lesen. Es liest sich so leicht und so glatt, dass man meinen könnte, es gäbe in der Laryngoskopie garnicht so viele schwierige und noch strittige Fragen. Ein Gefühl der Sicherheit, einen guten Rath, festen Halt auch in schweren Fällen in ihm zu finden, wird Jeden überkommen, der sich in dasselbe vertieft.

Dazu ist das Werk sehr reichlich mit guten Abbildungen von Krankheitsbildern und Instrumenten versehen, und macht die Ausstattung dem Verleger alle Ehre.

Ref. hat mit vielen Anderen wohl längst diese Fortsetzung der ersten Arbeit des Verf.'s herbeigesehnt und freut sich, derselben mit so anerkennenden Worten das Geleite geben zu können. M. Schaeffer (Bremen).

---

b) Dritte Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg.

25. Mai 1896.

Die Präsenzliste ergab 63 Theilnehmer; die Anzahl der Mitglieder ist um 18gestiegen, so dass sie jetzt 94 beträgt. Auf die Anregung Schech's, Referate für die zukünftigen Versammlungen einzuführen, wird der Vorschlag Jurasz's angenommen, Thesen mit allgemeiner Discussion aufzustellen, welche jeweils das Präsidium zu bestimmen das Recht hat.

Zum Vorstand für das laufende Jahr werden gewählt: zum I. Vorsitzenden Herr Siebenmann (Basel), zum II. Vorsitzenden Herr Seifert (Würzburg), zum I. Schriftführer Herr Eulenstein (Frankfurt a. M.), zum II. Schriftführer Herr Heddeny (Heidelberg), zum Schatzmeister Herr Neugass (Mannheim).

I. Kirstein (Berlin): Die Freilegung der tiefen Halstheile mit dem Zungenspatel (Autoscopie der Luftwege).

Die vom Vortragenden im vorigen Jahre erfundene, in die denkbar einfachste Form gebrachte Methode ist zwar hinsichtlich ihres optischen Resultates ein unvermittelt in die Laryngologie hereingebrochenes Novum; in technischer Beziehung ist sie dagegen nichts weiter als eine mit sehr geringfügigen Mitteln zu erzielende Reform unserer alten Zungenspateltechnik; dementsprechend besteht das Instrumentarium für autoscopische Untersuchungen jetzt nur noch aus ganz einfachen glatten, schmalen, vorne mehr oder weniger gekrümmten Spateln. Wer auf der Höhe der Zungenspateltechnik stehen möchte, der erlerne die Kunst, in die Zunge mit dem Spatel, unter möglichst reizloser Hantirung, eine möglichst weit nach hinten unten reichende mediane gerade Rinne einzudrücken, deren Richtung sich der des Trachealrohres möglichst annähert. Bei vollendet geschulter energischer Handhabung des Zungenspatels, innerhalb der Grenzen der Unschädlichkeit und Erträglichkeit, gelangt man bis zur Einstellung der Hinterwand des Larynx in sehr zahlreichen Fällen, bis zur Betrachtung der hinteren zwei Drittel der Stimmbänder häufig, zur totalen, die Stimmbandcommissur einschliessender Kehlkopfbesichtigung selten; die Luftröhre nimmt entsprechenden Antheil.

Die Frage, in wie weit es in der Praxis, im concreten Falle, nützlich und angemessen ist, mit dem Zungenspatel über die altgewohnte Pharyngoscopie hin-

auszustreben, wird von den einzelnen Fachgenossen verschieden beantwortet werden. Der Autoscopie aber ist, über allen Streit der Meinungen hinweg, eine dauernde Existenz gesichert, weil die für den Spiegel ungünstigste Region des Kehlkopfes, die Hinterwand, dem Spatel am günstigsten liegt, und die regulär am schwierigsten zu spiegelnden Patienten, nämlich kleine Kinder, durchschnittlich besonders leicht autoscopirbar sind, nöthigenfalls unter Bewältigung ihres Widerstandes durch Betäubung mit Chloroform.

(Es folgt die Demonstration des Verfahrens an mehreren Patienten.)

Discussion.

Killian (Freiburg) und Reuter (Ems) sprechen sich günstig über die Autoscopie aus. Dieselbe ist hauptsächlich geeignet zur Besichtigung der hinteren Wand, der Trachea und der Bifurcation; bei Kindern ist sie der Spiegeluntersuchung vielfach überlegen.

Eulenstein (Frankfurt) ersucht Kirstein eine bessere Bezeichnung seiner Untersuchungsmethode einzuführen.

Dreyfuss (Strassburg) schlägt direkte Laryngoscopie vor, Klemperer (Strassburg) hält die von Bruns gebrauchte Bezeichnung: „Spateluntersuchung" des Kehlkopfes im Gegensatz zur Spiegeluntersuchung für zweckmässig und vollständig ausreichend.

Kirstein wünscht auf die Sache das Hauptgewicht gelegt zu sehen und nicht auf den Namen.

II. Avellis (Frankfurt): Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben.

A. kommt an der Hand von 10 selbstbeobachteten ac. Kieferhöhlenempyemen — darunter 1 doppelseitiges bei einem Arzte — zu gewissen diagnostischen Merkmalen und andern Schlüssen, welche er in den Sätzen zusammenfasst:

1. Das a. K. ist eine häufige Erkrankung.
2. Es giebt schwere und leichte Fälle desselben.
3. Die leichten Fälle haben die characteristischen Symptome:

Schmerzhafter Druck und Spannungsgefühl innerhalb des Oberkiefers, eitriger, manchmal blutiger, unregelmässiger Ausfluss, der nicht nach dem regulären Typus des chron. Emp. auftritt.

Der Schmerz steigert sich beim Drücken, Husten, Pressen beim Stuhlgang.

Die Secretion hört Nachts nicht ganz auf. Oft entstehen weiche, ödematöse Schwellungen der Wangen und Augenlider; zuweilen ist die ödematöse Partie hocchroth verfärbt. Supraorbitalschmerz ist selten. Uebler Geruch fehlt oft.

4. Die schweren Fälle haben alle Symptome der leichten. Dazu kommen: ziemlich hohes Fieber, Apathie, Lichtscheu, schweres Krankheitsgefühl mit lebhaften Klagen der völlig bettlägerigen Patienten. Profuseste Sekretion. Nausea, Erbrechen, Erschwerung des Denkens, starke Gemüthsalterirung.
5. Acute E. kommen sehr leicht wieder.
6. Doppelseitige Erkrankung sah A. ebensohäufig als einseitige.
7. Den Ausgang in ein chron. Stadium sah A. nur einmal unter 10 Fällen.

8. Auch ac. E. können Polypenbildung verursachen.

9. Die Heilung schwankt zwischen 3 Tagen und 3 Wochen.

Die leichten Fälle von Empyem heilen spontan; bei den schwereren muss ausgespült werden.

III. Herr Killian (Freiburg i. B.): Die Probepunction der Nasennebenhöhlen.

Ausgehend von der Probepunction der Kiefer- und Keilbeinhöhle schlägt der Vortragende vor, die Siebbeinzellen probeweise zu eröffnen, und zwar je nach den räumlichen Verhältnissen entweder von der Riechspalte aus, deren Nachbarn die Siebbeinzellen sind, oder an der Umbiegungsstelle der mittleren Muschel vom mittleren Nasengange aus. Die Eröffnung soll mit rechtwinklig abgebogenen scharfen Canülen geschehen, deren abgebogener Theil nicht länger als $^1/_2$—1 cm sein darf, um Verletzungen der Orbita oder des Cavum cranii zu vermeiden. Bei der Punction von der Riechspalte aus muss man sich über einer Linie halten, welche von dem oberen Rand der Choane zum vorderen Ansatz der mittleren Muschel gezogen ist, und zwar geht man mit dem abgetragenen Theil der Canüle gerade nach aussen. Punctirt man vom mittleren Nasengange aus, so ist gerade nach oben zu gehen. Die Punction der Stirnhöhle ist nur möglich in solchen Fällen, in denen sich die Stirnhöhle bis ins Bereich der Nasenhöhle erstreckt oder wenn sie in Verbindung steht mit einer vordersten Zelle. Man kann dann über der Ansatzstelle der mittleren Muschel direct seitlich eingehen.

Diese Vorschläge basiren bisher nur auf anatomischen Untersuchungen.

Discussion:

In der Discussion bemerkt Turban (Davos), dass in leichten Fällen von acutem Empyem der Kieferhöhle nur eine leichte Hyperämie statt des Oedems zu finden sei. Bezüglich der Therapie schlägt er entsprechende Tieflagerung des Kopfes vor, um das Secret zum Abfluss zu bringen; in einem Falle hat dieselbe gute Dienste geleistet.

Kahsnitz (Karlsruhe) hat 6 acute Empyeme (4 der Oberkieferhöhle, 2 der Stirnhöhle) in letzter Zeit beobachtet, welche angeblich von Influenza herrührten. Objective Anhaltspunkte ergaben sich dafür nicht. 3—5 Ausspülungen mit schwacher Solveollösung genügten zur Heilung; 1 Fall heilte ohne Spülung; in 2 Fällen wurde das Secret nach 2 Tagen übelriechend; bei diesen, glaubt K., sei eine Selbstheilung ohne Spülung wohl nicht eingetreten.

Lublinski (Berlin) hat besonders nach Infectionskrankheiten acute Kieferhöhleneiterungen gesehen, welche mit Oedem der Wange, auch mit entzündlichem, Schmerzhaftigkeit, erysipelatösem Oedem der Nase, Neuralgia infraorbitalis, abendlich steigendem Fieber, eitrigem Erbrechen einhergingen. Ohne Probepunction ist indess die Diagnose nicht sicher zu stellen. L. spülte selten von der natürlichen Oeffnung, meist vom unteren Nasengange aus, und zwar mit Borlösung. Wasserstoffsuperoxyd ist unzweckmässig wegen der Schaumbildung. In hartnäckigen Fällen legt L. eine Gegenöffnung an der Alveole an und verschliesst dieselbe mit einer goldenen Canüle.

Ludwig Wolf (Frankfurt) beobachtete ebenfalls Fälle von acutem Empyem der Kieferhöhle mit prägnanten Symptomen. Bei den nach Wochen manchmal auftretenden Recidiven könnte es sich event. überhaupt um chronische Empyeme handeln. Von innerlichem Gebrauch des Jodkaliums hat W. bei acutem Empyem gute Erfolge gesehen.

Siebenmann (Basel) betont den Parallelismus zwischen dem Empyem des Antrum petrosum und demjenigen der Nebenhöhlen der Nase bezüglich der Schmerzhaftigkeit und des Oedems. Er hat schon 1892 acute und chronische Empyeme unterschieden.

Zarniko (Hamburg) weist auf die enorme Häufigkeit der acuten Empyeme der Kieferhöhle hin, welche nur wegen der eintretenden Selbstheilung nicht häufiger diagnosticirt werden. Als sehr wohlthuend empfiehlt er Massage der Schleimhaut der Nase mit 2proc. Cocainlösung und dadurch Freimachen derselben. Zu dem Vortrag von Killian bemerkt Z., es scheine ihm bei der Punction im oberen Nasengange die Möglichkeit des Entstehens von Emphysem der Orbita vorzuliegen.

Bergeat (München) hat bei seinen Sectionen der Nase nie die hohen Grade der Verdickung der Schleimhaut der Highmorshöhle gesehen, wenn ein Foramen accessorium vorhanden war, und schliesst daraus, dass dessen Vorhandensein die Heilung acuter Empyeme begünstige.

Killian (Freiburg): Das Emphysem der Orbita scheine ihm bei atrophirender Rhinitis vorkommen zu können. Man müsse bei der Ausblasung mit Vorsicht zu Werke gehen und könne so nur geringen Schaden anrichten.

Avellis (Frankfurt): Auch acute Empyeme können übelriechend sein, vielleicht weil sie vom Zahn ausgehen; 2 Fälle sind nach einer Ausspülung geheilt. Statt Empyema acutum möge man acute Kieferhöhleneiterung sagen, überhaupt müsse die Nomenclatur eine klarere werden.

Killian (Freiburg) schlägt die Bezeichnung Sinuitis oder Sinusitis „maxillaris“ — „frontalis“ etc. — ferner „serosa, „mucosa“ — „purulenta“ vor.

IV. Herr Klemperer (Strassburg): Zur Bakteriologie der Nase.

Gegenüber den Arbeiten von St. Clair Thomson und Hewlett, welche kürzlich behaupteten, dass die Nase im Grossen und Ganzen (in etwa 80 pCt. der Fälle) keimfrei sei und nur der Naseneingang zahlreiche Bakterien beherberge, betont K., dass die Zahl der Keime, die man in der gesunden Nase findet, zwar meist klein und eine Häufung von Bakterien thatsächlich nur in den vordersten Partien der Nase zu constatiren ist, dass aber an keiner Stelle der Nase die Bakterien ganz fehlen. Sterilisirt man den Naseneingang mit Sublimat und durch Nachspülung mit sterilem Wasser auf's Gründlichste und wischt dann die höher gelegenen Theile mit kleinen sterilen Wattekügelchen aus, so weisen die mit diesen Kügelchen gegossenen Platten doch immer eine Anzahl von Keimen auf, manchmal nur 2, 3 oder 4, öfter aber 6—10 Colonien.

Ein zweiter Punkt, den K. richtigstellen möchte, betrifft die von Wurtz und Lermoyez zuerst behauptete und so oft citirte baktericide Kraft des Nasenschleims. K. kann diese nicht anerkennen. Er prüfte nicht, wie Wurtz und Lermoyez dies thaten, ob der Nasenschleim Milzbrandbacillen abtödtet,

sondern er impfte in den aus einer Nase gewonnenen Schleim gerade die Bakterien, die aus derselben gesunden Nase vorher gezüchtet waren. Eine Abtödtung dieser wurde niemals constatirt. Die Bakterien wachsen schlecht in dem Schleim, werden anfangs in ihrer Zahl auch etwas vermindert, aber sie gewöhnen sich an den Boden und können sich später darin vermehren. Uebrigens sind die Bakterien in der Nase ja nicht in solchen Mengen des Secretes suspendirt, wie im Versuche und thatsächlich gewinnt man ja bei jeder Untersuchung aus trockenen, wie aus feuchten Nasen lebende Bakterien.

V. Jurasz (Heidelberg): Vorstellung eines Falles von gutartigem Trachealpolypen.

Der Tumor ist von der Grösse einer kleinen Haselnuss, von rother Farbe, glatter Oberfläche und gestielt. Er bewegt sich bei der Phonation bis an die Glottis und scheint rechts vorn aufzusitzen.

In der Discussion erwähnt Rosenfeld (Stuttgart) einen von ihm gesehenen Polypen von Linsengrösse, welcher an der vorderen Wand des linken Bronchus sitzt und beim Husten etc. sich über die Bifurcation legt und so Erstickungserscheinungen macht.

Pröbsting (Wiesbaden): Man darf aus dem makroskopischen Aussehen nicht auf die Gutartigkeit schliessen. Er hat einen ausgehusteten Trachealpolypen gesehen, welcher den Eindruck eines Schleimpolypen machte, aber carcinomatöse Stellen enthielt.

Seifert (Würzburg) weist auf den Fall von Bronchostenosis hin, bei welchem er mit Bougierungen vorging. Vor dem Exitus zeigten sich starke Athembeschwerden, welche beim Bougieren verschwanden. Bei der Section zeigte sich an der Bifurcation ein Tumor, wahrscheinlich ein Gumma.

Betz (Mainz) erwähnt einen Fall von Fibrosarcom des Bifurcationssporns, welcher durch Suffocation ad exitum ging.

VI. Hedderich (Heidelberg): Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.

Bei Anwendung von 10proc. Lösung in Glycerin besserten sich die Beschwerden der Patienten; auch wurde eine objective Besserung bei leichten Fällen constatirt, bei schweren indess nicht. Als üble Nebenerscheinung wurde Erbrechen beobachtet. Die Resultate kommen denen Spengler's, welcher das Mittel empfohlen hat, nicht entfernt gleich.

In der Discussion schreibt Lublinski (Berlin) dem Chlorphenol keine grössere Heilwirkung zu wie dem Kreosot oder einer 4proc. Chlorzinklösung; auch er hat Erbrechen beobachtet.

Seifert (Würzburg) hält Paramonochlorphenol für den Larynx nicht geeignet; dagegen empfiehlt er es für die Nase und den Pharynx bei Tuberculose oder Lupus.

VII. Pröbsting (Wiesbaden): Zur Operation maligner Nasenrachentumoren.

Der Vortragende hat einen Fall von Nasenrachentumor (Fibrosarcom) beobachtet, welcher von Sanitätsrath Cramer operirt wurde. Es wurde vorher tracheotomirt, dann der weiche Gaumen gespalten, ein Theil des harten Gaumens resecirt und als der Zugang nicht frei genug erschien, noch die Nase aufgeklappt. Bei der Operation wurde eine Trendelenburg'sche Tamponcanüle so modificirt, dass ein äusserer Ballon, welcher mit dem inneren communicirte, durch eigene Füllung anzeigte, ob der innere schliesse.

Im Anschluss erwähnt P. einen von ihm beobachteten Fall von Sarcom des Nasenrachenraums bei einer 48 Jahre alten Frau, welcher für inoperabel gehalten wurde, aber spontan heilte. Die Patientin bekam kein Antilueticum.

In der Discussion weist Werner (Mannheim) auf die auch von ihm versuchten Injectionen von Erysipelserum bei malignen derartigen Tumoren hin. In 2 Fällen war eine anscheinende Besserung nicht von Dauer. Ein anderer von W. mit Eulenstein beobachteter Fall blieb bis jetzt recidivfrei (s. Eulenstein).

Fischenich (Wiesbaden) hat 2 Fälle von Nasenrachentumoren gesehen, von denen der eine maligner Natur ist, und fragt, ob die Anwesenden Erfahrungen mit Electrolyse haben bei derartigen Fällen, da Operationen häufig abgelehnt werden.

Ludwig Wolf (Frankfurt) berichtet über einen von ihm mittelst Electrolyse geheilten Fall von Nasenrachenfibrom bei einem 14jährigen Jungen.

Kahsnitz (Karlsruhe) hat in 3 Fällen von Nasenrachengeschwülsten Electrolyse angewendet und ist davon zurückgekommen.

Eulenstein (Frankfurt) berichtet eingehend über den schon von Werner erwähnten Fall von Sarcom des Nasenrachenraums, der mit Erysipelserum behandelt wurde und bis jetzt recidivfrei geblieben ist (seit $^3/_4$ Jahren).

Seifert (Würzburg) schlägt directe Injectionen in solche maligne Geschwülste vor, etwa mit Parachlorphenol oder anderen Mitteln.

Hedderich (Heidelberg) erwähnt einen Fall von Fibrosarcom des Nasenrachenraums aus der Jurasz'schen Ambulanz, welcher nach zweimaligem Recidiv nach operativer Entfernung durch die Glühschlinge jetzt geheilt wurde durch Anwendung der Electrolyse.

Pröbsting (Wiesbaden) empfiehlt die Electrolyse als Vorbehandlung der Schlingenbehandlung.

Bloch (Freiburg) spricht sich für die Electrolyse aus, welche schon vor vielen Jahren von Michel mit Erfolg angewendet worden sei.

Werner (Heidelberg) empfiehlt die Electrolyse mehr für die harten Tumoren, nicht für die malignen weichen Lymphangiosarcome.

Lublinski (Berlin) empfiehlt für die Behandlung besonders der Lymphosarcome die innerliche Anwendung von Arsenik mit steigenden Dosen. L. hat einen Fall von Lymphocarcom in zwei Jahren mit Solutio Fowl. geheilt.

Killian (Freiburg) hat ein Lymphosarcom der Rachentonsille mit scharfem

Löffel, dem Conchotom von Hartmann, und durch Arsenik dauernd geheilt bei einem 12 jähr. Mädchen.

Fischenich (Wiesbaden) widerspricht der Behauptung, dass die Electrolyse Blutungen mache; ihm scheine dieselbe haemostatische Wirkung zu besitzen.

VIII. Rosenfeld (Stuttgart): Demonstration eines Larynxcarcinoms.

R. hat bei einer 81jähr Frau ein Carcinom der rechten Kehlkopfhälfte beobachtet und demonstrirt das Präparat.

X. Dreyfuss (Strassburg) demonstrirt im Anschluss das Präparat eines Plattenepithelkrebses des Larynx.

XI. Kirstein (Berlin) demonstrirt ein Instrument zur Entfernung der Tonsilla pharyngea.

XII. Killian (Freiburg) zeigt einen Rheostaten für Galvanocaustik, der mit dem Fuss regulirt wird und mit dem der Strom unterbrochen werden kann. Ferner zeigt er einen dazu gehörigen, entsprechend vereinfachten Schlingenführer.

XIII. Bergeat (München): Befunde an den Nebenhöhlen der Nase bei Atrophie der Muscheln.

Aus den Schädelabfällen des Münchener anat. Präparirsaales hat B. etwa 200 rhinologische Präparate gewonnen, aus denen das Material für das Thema entstammt.

B. demonstrirt zunächst 2 Gesichtshälften desselben Individuums mit vollkommener Atrophie des Naseninneren. Trotzdem es sich um ein noch jugendliches Individuum handelt, ist der Schädel dünn wie bei einem Greise. Das Felsenbein einwärts vom Porus acust. selbst ist atrophisch, ferner die Pars basilaris occip. — sphen. Die Keilbeinhöhlen sind nur minimale Vertiefungen. Der Gesichtsschädel ist hochgradig atrophirt; die Stirnhöhle fehlt, desgl. ist die Kieferhöhle stark reducirt; das Siebbein zeigt sich auf ungefähr die Hälfte verkleinert. Es dürfte sich in Anbetracht des Umstandes, dass fast alle Nebenhöhlen ohne Entzündungserscheinungen waren, um eine allgemeine Hypertrophie speciell des Siebbeins und der unteren Muscheln handeln.

Mehrere weitere Präparate demonstriren deutlich das fast constante Zusammentreffen der Kleinheit des Siebbeinkörpers mit Kleinheit bezw. Atrophie der Muscheln, besonders der unteren. Die Erklärung hierfür ist in der entwickelungsgeschichtlichen Zusammengehörigkeit zu suchen. Ausnahmen existiren, sind jedoch nicht in der Art von B. gefunden, dass ein normal grosses Siebbein bei Kleinheit der Muscheln gefunden wäre.

Obwohl sich an weiteren Präparaten eine Erkrankung der Nebenhöhlen neben Atrophie der Muscheln findet, so dass aus der überraschenden Symmetrie der atrophischen Muscheln und anderen Gründen nicht der Schluss zulässig, die Nebenhöhlenerkrankungen seien die Ursachen der Atrophie, eher der umgekehrte. Höchstens kann eine minimale Verkleinerung der der erkrankten Nebenhöhle benachbarten Muschel gefunden werden.

Auch Raceneinflüsse sind nachweisbar. Der Neger mit seinem breiten Interorbitaltheile hat nicht die mittlere, sondern die untere Muschel sehr gross, während sich der Abyssinier – dem Europäer gleich — umgekehrt verhält. Die Mongolen haben ganz kleine mittlere Muscheln.

Eine Verkürzung des Septum kann durch kleine Anlage des Keilbeinkörpers, des Vomer oder der Lamina perp. ethm. leicht erklärt werden; sie findet sich anscheinend ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Muschelatrophie; sie ist bei langschädeligen Thieren und Indianern vorhanden.

Auf die Anfrage Killian's (Freiburg), ob ein Schluss aus dem Abstand der inneren Augenwinkel auf die Grösse des Siebbeinlabyrinths zulässig sei, erwidert Bergeat (München), dass sichere Schlüsse daraus nicht zu ziehen seien.

XIV. Hedderich (Heidelberg) demonstrirt einen Pulverbläser für den Larynx aus Metall mit zu wechselnden Ansätzen aus Glas — ferner eine Modification der Jurasz'schen Adenoidenzange eine Zange für Wucherungen der Plica interaryt. — ein Conchotom.

XV. Schech (München): Das nasale Asthma und seine Beziehungen zum Emphysem.

Nicht allein die Lehre vom Asthma, sondern auch die Lehre vom Asthma in seinen Beziehungen zum Emphysem bedarf der Reform.

Es ist durch klinische Erfahrung und durch das Experiment festgestellt, dass in der Reihenfolge der Erscheinungen der Asthmaanfälle der Bronchialkrampf das erste, die bronchitischen Erscheinungen das zweite und die Blähung der Lunge — acute Alveolarectasie — das dritte Symptom ist.

Die Blähung der Lunge bildet sich nach dem Anfall wieder zurück, es kann also nicht von Emphysem in anatomischem Sinne die Rede sein. Die Anfälle der Asthmatiker dauern indes oft Wochen und Monate lang, erfahren Nachts eine Steigerung, gehen mit bronchit. Geräuschen und einer Verschiebung der Lungengrenzen einher; daher werden besonders Asthmatiker von 50 und mehr Jahren als Emphysematiker angesehen und behandelt.

Man findet bei solchen Kranken häufig schwere Veränderungen in der Nase, nach deren Beseitigung die Athemnoth geringer oder seltener wird, aber nicht ganz verschwindet. In der anfallsfreien Zeit findet man dann ein Fortbestehen der bronchitischen Erscheinungen, aber keine oder geringe Veränderung der Lungengrenzen. Daraus kann man den Schluss ziehen, dass jahrelang dauernde Asthmaanfälle in der That zu Emphysem in anatomischem Sinne führen bei älteren Individuen, während bei jugendlichen Personen selbst nach vieljährigem Bestehen des Asthmas eine Rückbildung möglich ist, wie die Erfahrung lehrt.

Das Asthma ist keine constante, nicht einmal eine häufige Begleiterscheinung des gewöhnlichen Emphysems. Bei schwer arbeitenden Individuen findet man häufig Verschiebung der Lungengrenzen ohne bronchitische Erscheinungen; ferner haben Emphysematiker mit fassförmigem Thorax selten asthmat. Beschwerden, ihre Beschwerden werden, wie Schmidt betont, nur häufig als Asthma bezeichnet.

Erst bei Anstrengungen, bei Hustenanfällen treten dieselben auf, während das echte nasale Asthma die Menschen auch in der Ruhe befällt. Manche Beschwerden der Emphysematiker beruhen auch auf dem dilatirten, geschwächten Herzen.

Das nasale Asthma kommt auch halbseitig vor. Schon Sommerbrodt erwähnte diese Thatsache und Schech konnte in zwei Fällen dieselbe bestätigen. Der eine betraf einen 28jähr. Mann mit starkem Knorpelauswuchs auf der linken Seite der Nasenscheidewand, der andere einen 56jähr. Mann mit polypoider Degeneration der rechten unteren Muschel.

Das nasale Asthma tritt ferner auch in larvirter Form auf, z. B. unter der Form einer chron. Bronchitis mit leichten Asthmabeschwerden, ohne deutliche Lungenblähung. Die Beschwerden verschwinden sofort nach der entsprechenden Operation in der Nase; hier muss ein spastisches Moment im Spiele sein, denn ein plötzliches Verschwinden einer Entzündung nach jahrelangem Bestehen ist unmöglich. Sch. hat diese bronchitische Form des nasalen Asthmas wiederholt gesehen. Man darf sich daher nie mit der Diagnose Emphysem begnügen, sondern muss immer die Nase untersuchen.

In der Discussion schliesst sich Seifert (Würzburg) den Ausführungen Schech's an, Zarniko (Hamburg) betont, man müsse immer den Versuch machen, die Krankheit als nervöses Asthma zu behandeln, auch wenn die Nase frei sei und zwar mit Jodkali. Er habe in zwei Fällen eclatante Erfolge gesehen. Auf die Anfrage nach den therapeutischen Erfolgen bei nasalem Asthma antwortet Schech (München), dieselben seien am besten bei jugendlichen Individuen, gering oder nicht vorhanden bei alten Leuten oder sehr langer Dauer des Leidens. Dasselbe bemerkt Lublinski (Berlin). Kahsnitz (Karlsruhe) ist ebenfalls ähnlicher Ansicht, erwähnt aber einen umgekehrten Fall, in welchem der Patient nach einer Operation in der Nase Asthma bekommen hat, während er vorher frei davon war. Bloch (Freiburg) betont, es müssen überhaupt bei nervösem Asthma die oberen Luftwege behandelt werden; bekannt seien Heilungen durch Beseitigung tonsillarer Hypertrophien.

Ludwig Wolf (Frankfurt) empfiehlt ebenfalls Jodkali. Betz (Mainz) sah Heilung eines Asthmas post partum durch Entfernung eines hypertrophischen hinteren Muschelendes.

Der Vorsitzende theilt zum Schlusse mit, dass die nächstjährige Sitzung wieder in Heidelberg stattfinde und dass zur Discussion die „Laryngitis exsudativa“ gestellt werde.

Hedderich (Heidelberg), II. Schriftführer.

IV. Briefkasten.

Zum Fränkel-Jubiläum.

Zum Fränkel-Jubiläum ist nachträglich eine Glückwunschadresse zahlreicher Petersburger Laryngologen eingelaufen.

Die laryngo-rhinologische Section des XII. internationalen medicinischen Congresses.

Moskau, 19.—26. August 1897.

Soeben geht uns die folgende Liste des Personals des Sections-Comités und der vorläufige Entwurf des Sectionsprogramms zu:

Section XIIb.

Maladies du larynx et du nez.

Président: M. Stépanow, E. M., agrégé, à Moscou.

Membres du Comité: MM. Boëw G. N., docteur, à Moscou.
Biélaew A. T., docteur, à Moscou.
Werkhovsky B. W., agrégé, à Moscou.
Wolkovitch N. M., agrégé, à Kiew.
Gaoudring A. E., docteur, à Moscou.
Hering T. Ed., docteur, à Varsovie.
Lomikovsky M. M., professeur, à Kharkow.
Nikitine W. N., professeur, à St.-Pétersbourg.
Raukhfuss K. A., médecin en chef de l'hôpital pour l'enfance du prince d'Oldenbourg, à St.-Pétersbourg.
Simanowsky N. P., professeur, à St.-Pétersbourg.
Sokolowsky A. J., docteur, à Varsovie.
Fronchtein M. A., docteur, à Moscou.
Skott N. J., docteur, à Moscou.
Jakobson A. W., docteur, à St.-Pétersbourg.

Secrétaire: M. Biélaew A. T., docteur, à Moscou.

---

1. Sur les suppurations des sinus nasales (le maxillaire excepté); diagnostic et traitement.
2. Cancer Laryngis; diagnostic et traitement.
3. Causes et traitement de l'extinction de voix chez les chanteurs.
4. Les progrès, réalisés depuis le dernier Congrès international dans le traitement local de la tuberculose du larynx.
5. Autoscopie du larynx.
6. Laryngo-stroboscopie.

7. X-rayons, appliqués dans la rhino-laryngologie.
8. Oesophagoscopie.
9. Photographie du larynx.
10. Rapport du comité, concernant les normes obligatoires dans la construction des instruments et appareils rhino-laryngoscopiques.

Aus dieser Liste geht hervor, dass beabsichtigt wird, an jedem Tage zwei allgemeine Discussionen stattfinden zu lassen. Hoffen wir, dass die Unzuträglichkeiten, die sich in Folge einer ähnlichen Häufung der allgemeinen Discussionen bei dem Londoner und dem Kopenhagener Congresse herausgestellt haben (vergl. Centralblatt I, p. 80), bei dieser Gelegenheit nicht wiederholen mögen! — Die Namen der Einführenden sind noch nicht bekannt gegeben.

Eine Reclamation.

Dr. Musehold (Berlin) hat unseren amerikanischen Referenten darauf aufmerksam gemacht, dass die im Referat 35 der No. 5 des letzten Jahrgangs angegebene Formel eines Nasenspray's, welche als „redactionelle Notiz" des N. Y. Med. Record vom 7. XII. 95 berichtet wurde, von ihm in einer Arbeit „Zur Behandlung der Ozaena" in der Deutschen med. Wochenschrift, No. 20, 1894, angegeben worden ist. Wie wir uns überzeugt haben, kann kein Zweifel an der Berechtigung dieser Reclamation bestehen.

Die Röntgen-Strahlen und der Krebs.

Der New Zealand Herald vom 30. October 1896 bringt folgende ergötzliche Notiz: „Drei Patienten werden gegenwärtig in Albur mittelst der Röntgen'schen X-strahlen an Krebs behandelt. In einem derselben, einem Falle von Krebs des Halses, ist eine wunderbare Verbesserung eingetreten. Der Patient kam vor 14 Tagen nach Albur in elendem Zustande und unfähig, feste Nahrung zu geniessen. Es wurden täglich zwei Applicationen der Strahlen gemacht, wonach der Patient im Stande war zu schlucken und den Weg zum Operationszimmer und zurück zu Fusse zurückzulegen. In einem der anderen Fälle ist ebenfalls erhebliche Besserung erfolgt."

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, Februar. 1897. No. 2.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Allgemeines etc.

1) **Arslan** (Padua). **Statistischer Bericht. (Resoconto statistico.)** *Arch. It. d'Otol. 1896. No. 3.*

A. hat die Fälle des öffentlichen Ambulatoriums und seiner Privatpraxis während 3 Jahre gesammelt und statistisch verwerthet. Ausser statistischen Ausführungen, die sich zu einem Referate nicht eignen, finden wir die Angabe, dass man im Verhältnisse mit Süd-Italien, in Nord-Italien viel häufiger adenoide Vegetationen trifft.

TOTI.

2) **Schleicher. Statistischer Bericht über den otolaryngologischen Dienst am St. Elisabethhospital von Antwerpen in den Jahren 1894 und 1895. (Rapport statistique sur le service d'otolaryngologie de l'hôpital St. Elisabeth à Anvers, années 1894 et 1895.)** *La Belgique Méd. No. 6. 1896.*

An die Aufzählung der verschiedenen Affectionen der Nase, des Nasenrachenraumes und des Halses schliesst Sch. noch specielle Bemerkungen an betreffend die electrolytische Behandlung der Ozaena, behufs deren er ein an ein Stirnband angebrachtes Speculum zum Offenhalten der Nasenlöcher angegeben; sodann bespricht er die Behandlung von Nasenscheidewandkämmen und Difformitäten mit der Trephine und electrischen Säge, welche er bei 8 Kranken erprobt hat; ferner führt er einen Fall von Rhinitis caseosa an; dann geht er ein auf die Affectionen des Sin. maxill. und die Hypertrophie der Gaumenmandeln, welche er jetzt immer galvanocaustisch mit seinem Rheostatenhandgriff operirt; dann erwähnt er einen Fall von vicariirender Pharynxblutung, sodann einen von Verletzung des Gaumensegels, einen weiteren von Oesophagusfremdkörper bei einem 20 Monate alten Kind, sodann einen Fall von bösartigem Larynxtumor; er geht dann noch über zur Besprechung der Larynxtuberculose und Stenose. Zum Schluss beschreibt er eine von ihm construirte Maske, welche dem chloroformirenden Assistenten freie Verwendung der Hände möglich macht.

BAYER.

3) **R. C. Myles. Einige Bemerkungen über den Unterricht in der Rhinologie, Laryngologie und Otologie mit besonderer Bezugnahme auf die Anwendung der Theorien und Principien dieser Specialitäten durch den Allgemeinpraktiker. (Some desultory remarks concerning the teaching of rhinology, laryngology and otology, especially with reference of the theory and principles of same by the general practitioner.)** *New York Polyclinic. 15. Mai 1896.*

Der practische Arzt muss in einem gewissen Grade allgemeiner Specialist sein; sein Erfolg hängt davon ab, dass er sich der Grenzen seines Könnens bewusst ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

4) **Kafemann** (Königsberg). **Zur Reform des rhino-pharyngologischen Unterrichts.** Wien. Deuticke. 1897.

Die von Kafemann in Cursen für Studirende practisch erprobte Methode des rhinologischen Operationscurses, um den Studenten die Technik der schnellen und prompten Ergreifung von Tumoren mit der Schlinge, die Eröffnung der Nebenhöhlen, die Abtragung adenoider Vegetationen etc. zu lehren, besteht in der Benutzung von natürlichen menschlicheu Nasenhöhlen, welche in Formalin conservirt sind. Die verschiedenen Tumoren bringt K. an den betreffenden Stellen in der Weise an, dass er nach Eröffnung der Nase durch Spaltung des Nasenrachens aus seiner Präparatensammlung die gehärteten Tumoren mit Hülfe von Leim an die entsprechenden Stellen anklebt. Durch Hervorziehen der Uvula kann der Nasenrachenraum sowohl Sondirungsübungen als auch der Anbringung von Tumoren zugänglich gemacht werden. Es dürfte sich diese Art von rhinologischem Operationscurs für den Unterricht sehr empfehlen; K. hofft, dass auf solche Weise nach einer kurzen Frist die Betheiligung der Aerzte in dem Gebiete der Rhinologie eine erfolgreichere und umfangreichere werde und die jetzt allerorten bestehende Missstimmung der practischen Aerzte gegen das rhinologische Specialistenthum baldigst verschwinden werde. SEIFERT.

5) **T. F. Rumbold. Praktische Pathologie der Schleimhäute in Nase, Hals und Ohr bei Kindern. (Practical pathology of the mucous membrane of the nose, throat and ears of youths.)** *Atlanta Medical and Surgic. Journal. Mai und Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **Redact. Bemerkung. Cocainisirung der Nasenschleimhaut vor und während der chirurgischen Narkose. (Cocainization of the nasal membrane before and during surgical anaesthesia.)** *Richmond Journal of Practice. Januar 1896.*

Der Verf. macht auf die Untersuchungen von Rosenberg und Gerster aufmerksam. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

7) **Hamon du Fougeray. Ueber die Wirkung des in sehr kleinen Dosen verabreichten Chloroforms nach Bromaethyl in gewissen Fällen von schwieriger Narkose bei Kindern. (Note sur l'action du chloroforme administré à très petites doses après le bromure d'éthyle dans certains cas d'anesthésie difficile chez les enfants.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 10. Oct. 1896.*

Bei 3 Kindern mit nervöser oder alkoholischer Belastung unter 300 Ope-

rirten gelang es Verf. nicht, mit 20 g Bromaethyl eine Narkose zu erzielen. Er gab darum unmittelbar danach auf derselben Maske ein paar Tropfen Chloroform und erzielte damit sofort eine zur zur Entfernung der adenoiden Vegetationen ausreichende Narkose. E. J. MOURE.

8) **S. P. Delaup. Tracheotomie als Hilfsmittel beim Collaps während der Narkose. (Tracheotomy as a resource in collapse during general anaesthesia.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. April 1896.*

D. berichtet über die bisher publicirten 7 Fälle, bei denen die Tracheotomie gemacht wurde zur Ueberwindung der während der Narkose eingetretenen Toxaemie, und fügt 2 neue Fälle hinzu. Die Operation soll nicht nur in den Fällen gemacht werden, in denen die oberen Luftwege verstopft sind, sondern auch bei Durchgängigkeit dieser ist die Tracheotomie von Nutzen, indem sie durch reflectorische Thätigkeit die Athmung anregt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Villar. Die Tracheotomie und spätere Einblasungen bei schweren Zufällen in der Narkose. (De la trachéotomie suivie d'insufflations dans les accidents graves de l'anaesthesie.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 42. 18. October 1896.*

Bei einem Unfall in der Chloroform-Narkose erreichte Verf. weder mit rhythmischen Ziehungen an der Zunge noch mit Electricität etwas; erst die Tracheotomie und im Anschluss daran Lufteinblasungen brachten den Pat. zum Leben zurück. E. J. MOURE.

10) **Escherich. Bemerkungen über den Status lymphaticus der Kinder.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 29.*

E. knüpft an den plötzlichen nach Seruminjection eingetretenen Tod des Langerhans'schen Kindes an, den er als durch Herzsyncope bedingt hält. Das Kind hatte, wie auch die Obducenten fanden, eine lymphatische Constitution. Diese durch Paltauf genauer präcisirte, sich in Vergrösserung der Thymus zusammen mit Schwellung der Milz und Hyperplasie des lymphatischen Gewebes kennzeichnende anomale Constitution ist bei plötzlichen Todesfällen anscheinend bis dahin ganz gesunder Kinder stets in Rechnung zu ziehen. Derartige Kinder neigen besonders zur Erkrankung an Stimmritzenkrampf, bezw. zu der demselben zu Grunde liegenden Neurose. Vielleicht walten ähnliche Einflüsse, wie wir sie bei der Thyreoidea durch die Erfahrungen über Myxoedem kennen gelernt haben, auf in Bezug auf die Thymusdrüse ob. LANDGRAF.

11) **Alfred Clark. Ein Fall von Fehlen der Thymusdrüse beim Kinde. (A case of absence of the thymus gland in an infant.)** *Lancet. 17. October 1896.*

8 Monat altes Kind, das die ersten 6 Monate seines Lebens ganz wohl war. Im Beginne des 7. Monats begannen die Hände und Füsse anzuschwellen; die Schwellung breitete sich allmählich über die Extremitäten und den Kopf aus. Nach 4 Wochen starb das Kind. 4 Tage vor dem Tode wurden 2 symmetrische, etwa markstückgrosse Ecchymosen in den Supraclaviculargruben constatirt. Temparatur, Puls und Athmung waren normal. Es wurde eine Hydronephrose der

linken Niere mit Verlagerung des Ureter gefunden; derselbe communicirte nicht mit der Blase. Ausserdem fehlte die Thymusdrüse vollständig.

ADOLPH BRONNER.

12) **Biedert** (Hagenau). **Tod unter croupähnlichen Erscheinungen. Ein Beitrag zur Lehre von den Thymus- (und Bronchialdrüsen-) Schwellungen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 26.*

10 monatlicher Knabe erkrankt plötzlich mit Croupsymptomen. Trotz Intubation und später Tracheotomie erfolgt der Tod.

Die Section zeigt eine sehr stark geschwollene Thymus von 21,6 g Gewicht. Um beide Bronchien an die Thymus sich anschliessend 2 Packete geschwollener Bronchialdrüsen. Der Erstickungstod war herbeigeführt durch die Einklemmung der Thymus, der Bronchialdrüsen mit Luftröhre und Gefässen zwischen Sternum und Wirbelsäule.

LANDGRAF.

13) **Koeppe. Plötzlicher Tod eines gesunden Kindes. Casuistischer Beitrag zu den Fällen von Thymushyperplasie.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 39. 1896.*

Anknüpfend an einen selbstbeobachteten Fall und 40 in der Litteratur verzeichnete Fälle von plötzlichem Tod bei Thymushyperplasie meint K. es handle sich dabei wohl um eine Allgemeinerkrankung, resp. vielleicht um Leukämie, bei der statt der Milz die Thymusdrüse anschwillt.

SCHECH.

14) **Heidenhain** (Cöslin). **Tod eines 14jährigen Knaben durch Lymphosarcoma thymicum.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 40.*

Der Knabe war angeblich bis 5 Tage vor seinem Tode gesund gewesen und nach dem Genuss eines Glases kalten Bieres unter asthmatischen Erscheinungen erkrankt. Eine plötzliche Verschlimmerung nöthigte zur Tracheotomie, die vorübergehend auf 6 Stunden die Athemnoth beseitigte. Dann rascher Tod. Die nur theilweise ausgeführte Obduction legte eine 12 cm lange, 7 cm breite und ebenso tiefe Geschwulst blos, die im pathologischen Institut in Greifswald als Lymphosarcom der Thymusdrüse diagnosticirt wurde.

LANDGRAF.

15) **Fischer** (Berlin). **Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 52. Bd. 2. Heft. 1896.*

Bei einem 5jährigen Knaben machten sich nach überstandenem Keuchhusten Athembeschwerden bemerkbar, Schwellung der Lymphdrüsen am Halse. Bei der Aufnahme fand sich epigastrische Einziehung, Tumoren zu beiden Seiten der Trachea. Tracheotomie. Tod. Bei der Section ergab sich, dass es sich um Pseudoleukämie handelte, an welcher auch die Thymusdrüse wesentlichen Antheil genommen hatte.

SEIFERT.

16) **E. Siegel. Ueber die Pathologie der Thymusdrüse.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 40.*

S. bringt einen sehr interessanten Fall aus der Abtheilung von Rehn in Frankfurt a. M. Ein gut genährtes $2^1/_2$jähriges Kind litt an Dyspnoeanfällen. M. Schmidt sandte dasselbe zur Tracheotomie in's Krankenhaus. Die Operation

verminderte die Dyspnoe nicht, sie hob sich erst nach Einlegung langer Canülen. Da eine kleiner Dämpfungsbezirk auf dem Brustbeingriff bestand, nahm Rehn an, dass die Thymusdrüse auf die Trachea drücke. Er eröffnete von oben her das Mediastinum anticum und fand, dass sich bei jeder Einathmung ein haselnussgrosses Stück der weisslichgrau gefärbten Thymusdrüse vorwölbte. Annähung des Stückes nach Herausziehen aus dem Thorax. Baldige Besserung bis zur völligen Heilung.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht S. die Pathologie der Thymusdrüse unter Berücksichtigung der in der Literatur seit der Friedleben'schen Arbeit bekannt gewordenen Fälle. Er weist darauf hin, dass es ein schwerer Irrthum war, Asthma thymicum mit Laryngismus stridulus zu identificiren. Jedenfalls kann die hyperplastische Thymus eine Stelle in der Aetiologie bisher räthselhafter asthmatischer Beschwerden beanspruchen. Man thut gut, den Namen Asthma thymicum fallen zu lassen und durch Tracheostenosis oder Bronchostenosis thymica zu ersetzen. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **W. Freudenthal. Die Hygiene der Nase. (The hygiene of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 1. August 1896.*

F. greift folgenden Satz aus einem Vortrag von C. Seiler in der American Laryngological Society „Ueber die Prophylaxe des Nasencatarrhs" auf: „Deshalb soll das Kind so früh im Leben, als möglich erlernen, eine warme Salz- oder alkalische Lösung mit oder ohne Zusatz eines Antisepticums in die Nase aufzuschlürfen, drei oder vier Mal Morgens und Abends."

F. warnt die Aerzte vor so unnöthigen und sogar schädlichen Maassnahmen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Redact. Bemerkung. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Kansas City Med. Record. April 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

19) **Fermi** und **Bretschneider. Ueber Natur und Aetiologie der Rhinitis catarrhalis. (Sulla natura ed etilogia della rinite catarrale.)** *Arch. it. d'Otologia. 1896. No. 1.*

Aus ihren klinischen und experimentellen Untersuchungen ziehen die Verff. folgende Schlüsse:

1. Die einfache Coryza ist keine parasitäre Krankheit.

2. Viele Coryzafälle werden durch physikalische, mechanische als auch chemische Einflüsse verursacht. Solche Einflüsse können entweder von aussen (Traumata, Polypen, Einathmung von irritirenden Pulvern) oder von innen (Coryza jodica, Coryza im Zusammenhang mit infectiösen, besonders exanthematischen Krankheiten) die Nasenschleimhaut treffen.

3. Die Erkältungen im engeren Sinne sind einer „vasomotorischen,

trophischen, functionellen" Schädigung der Schleimhaut nervöser Natur zuzuschreiben; dieselben folgen nicht dem Einflusse der Kälte als solcher, sondern den raschen und starken Temperaturschwankungen, besonders dann, wenn die Luftfeuchtigkeit eine grosse ist.

4. Das Heufieber entsteht bei Individuen, welche eine persistente Schädigung der trophischen Innervation der Nasenschleimhaut darbieten, als Folge einer persistirenden functionellen Schädigung des ganzen Nervensystems. Das Heufieber wird nicht von den gewöhnlichen physischen, mechanischen oder chemischen Factoren verursacht, sondern auf reflexem Wege durch Stimulation der allgemeinen Sensibilität und der specifischen Sinne. TOTI.

20) **John North. Acuter Nasencatarrh oder Coryza. (Acute nasal catarrh or coryza.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. October 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **H. S. Baketel. Natrium bicarbonicum bei der Behandlung der acuten Rhinitis. (Bicarbonate of Sodium in the treatment of acute rhinitis.)** *Atlantic Medical Weekly. 4. April 1896.*

B. sah einen Nutzen von dem Mittel nur bei den Patienten, die zugleich gastrische Störungen hatten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

22) **Lermoyez. Schnupfpulver für Coryza. (Snuffs for coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 31. October 1896.*

Verf. empfiehlt folgendes Gemisch:

Cocain. muriat.	$7^1/_2$	Theile
Menthol . .	$4^1/_2$	"
Salol . . .	75	"
Acid. boric. .	300	"

M. D. S. 1stündl. 1 Prise voll zu nehmen.

Es entsteht ein abundanter Schleimfluss, worauf Linderung eintritt. Etwas weniger reizend ist folgendes Pulver:

Cocain. muriat.	$7^1/_2$	Theile
Menthol . .	$3^1/_4$	"
Bismuth. salicyl.		
Sach. lactis ana	75	"

LEFFERTS.

23) **Redact. Notiz. Lösungen für die Behandlung des Nasencatarrhs. (Solutions for the treatment of nasal catarrh.)** *Kansas Med. Journ. 19. Sept. 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Chas H. Burnett. Nicht-foetide Rhinitis und chronischer Ohrencatarrh. (Non fetid rhinitis and chronic aural catarrh.)** *Philadelphia Polyclinic. 3. October 1896.*

2 Krankengeschichten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **Mohr** (Zweibrücken). **Ein Beitrag zur Casuistik der Rhinitis crouposa.** Dissert. Heidelberg. 1896.

Fall aus der Klinik von Jurasz, einen 39jährigen Mann betreffend, der unter den Erscheinungen einer heftigen Coryza erkrankte. Am zweiten Tage fand man die Schleimhaut der beiden Nasenhöhlen mit dicken weissen Membranen bedeckt, die sich leicht abheben liessen, die darunter gelegene stark geschwollene Schleimhaut blutete leicht, zeigte aber keine Ulceration. Die Membranbildung dauerte 13 Tage fort, dabei wurden die Membranen von Tag zu Tag dünner und sahen zuletzt nur noch floràhnlich aus. Therapie: Cocaintampons, Entfernung der Membranen und Einlage von Wattetampons, die in 3proc. Borsäurelösung getränkt waren. Bakteriologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Verf. bebetrachtet die Rhinitis crouposa (idiopathica) als eine Krankheit sui generis.

SEIFERT.

26) **L. S. Somers. Membranöse Rhinitis. (Membranous rhinitis.)** *University Med. Magazine. August 1896.*

Verf. bespricht einen Fall, in dem die erste Untersuchung keine Diphtheriebacillen ergab; 3 Tage später wurden solche gefunden. Zwei Brüder des Kranken wurden inficirt; bei dem einen begrenzte sich die Membran auf die Tonsillen, der andere aber starb an Kehlkopfdiphtherie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

27) **Buys. Gelegentlich eines Falles pseudomembranöser Rhinitis diphtheritischer Natur. (A propos d'un cas de rhinite pseudomembraneuse de nature diphtéritique)** *La Policlinique. No. 11. 1896.*

6jähriger Junge mit pseudomembranöser Rhinitis. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein zahlreicher Klebs-Löffler'scher Bacillen, die sich nach dem Thierexperiment, das von Funk an Meerschweinchen angestellt wurde, von mittlerer Virulenz zeigten.

BAYER.

28) **Pluder. Ueber Rhinitis fibrinosa diphtherica.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 44, 45.*

Unter ausgiebiger Berücksichtigung der Literatur (39 Nummern) und an der Hand von 6 eigenen Beobachtungen bespricht Pl. das Verhältniss der Rhin. fibrin. diphth. zur eigentlichen Diphtherie. Er hält dafür, dass, wenn man nur die Extreme berücksichtige, die Krankheitsbilder wohl erhebliche Unterschiede darbieten, dass aber eine grosse Reihe von Uebergangsformen die Zusammengehörigkeit der Erkrankungen beweise.

LANDGRAF.

29) **Massei. Ein Fall von Rhinitis caseosa. (Un caso di rinite caseosa.)** Klinische Vorlesung. — *Arch. ital. di Laring. 1896. No. 2.*

Es ist der zweite Fall, den M. in seiner 26jährigen Praxis beobachtet hat. — Ueber die Pathogenese dieser so überaus seltenen Krankheit ist seine Meinung „eklektisch" und wird mit folgenden Worten mitgetheilt: „Zur Ausbildnng der Rhinitis caseosa ist unbestreitbar eine besondere Bedingung nothwendig, welche dem irgendwie verursachten, reichlichen, eiterigen Nasensecret den Ausfluss verhindert. Solche Bedingung mag von Septumdeviationen, Knochenauswüchsen,

Polypen, Fremdkörpern etc. gegeben werden. Aber zur Erzeugung des speziellen Krankheitsproductes ist wahrscheinlich die Wirkung eines specifischen Mikroorganismus nothwendig."

Ueber den Verlauf der Krankheit wird nichts angegeben.

Die Prognose ist sehr günstig: „In wenigen Stunden ist die Heilung gesichert".

Die Behandlung besteht in der Ausräumung der käsigen Massen mit irgendwelchem Löffel. TOTI.

30) **Guarnaccia. Bakteriologische Untersuchungen über die Rhinitis caseosa. (Ricerche batteriologiche sulla rinite caseosa)** *Arch. ital. di Laring. 1896. No. 3.*

Das Material zu seinen Untersuchungen hat G. aus den käsigen Massen vom Falle Massei's (S. das vorhergehende Referat) gezogen. Er hat darin alle möglichen Arten von Mikroben: St. aureus, albus und flavus, Sarcina lutea, Sarcina alba, Bacillus subtilis und Proteus gefunden; ausserdem mehrere Exemplare von einem Mikroorganismus, welcher derselben Klasse angehört wie der Aktynomyces. Der Verf. wagt es nicht, diesen Mikroorganismus, Streptotrix alba genannt, als Ursache der nunmehr von allen neapolitaner Rhinologen als selbstständige Krankheit acceptirten Rhinitis caseosa anzugeben, scheint jedoch dazu sehr geneigt zu sein, indem er wörtlich sagt: „Er könnte das ursächliche Element der Bildung der specifischen, fast immer sehr reichlichen und für Rhinitis caseosa charakteristischen Massen sein". Dieses Citat bildet den Endschluss der Arbeit. TOTI.

31) **T. F. Rumbold. Bemerkungen über die Gefahr der Schmerzlosigkeit chronischer Entzündungen der Nase, des Halses und der Ohren. (Remarks on the danger of the painlessness of chronic inflammation of the nose, throat and ears.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. August 1896.*

Da chronische Entzündungen so oft sich entwickeln, ohne dass dies dem Patienten zum Bewusstsein kommt, regt Verf. an, dass Jedermann sich Hals, Nase und Ohren in regelmässigen Intervallen untersuchen lasse, gerade wie dies jetzt schon mit den Zähnen geschieht. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

32) **W. B. Meany. Beobachtungen über chronische Rhinitis. (Observations on chronic rhinitis.)** *Medical Mirror. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

33) **Wendell C. Phillips. Bemerkungen über Ursachen und Verhütung chronischer Catarrhe der Nase, des Halses und der Ohren bei kleinen Kindern. (Remarks upon the causes and prevention of chronic catarrh of the nose, throat and ear in young children.)** *American Med.-Surg. Bulletin. 17. Oct. 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **T. F. Rumbold. Supplementäre Massnahmen bei der Behandlung chronischer Nasenentzündung. (Supplementary courses of treatment required for chronic nasal inflammation.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. October 1896.*

R. empfiehlt, Patienten, die zu Anfällen nasaler Entzündung neigen, im Beginn des Frühlings oder des Herbstes eine prophylactische Cur durchmachen zu lassen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **Thomas F. Rumbold. Chirurgische Massnahmen als blosses Adjuvans in der Behandlung chronischer Nasenentzündung. (Surgical means only an adjuvant in the cure of chronic nasal inflammation.)** *Saint Louis Med. and Surg. Journ. April 1896.*

Die Ueberschrift kennzeichnet die Tendenz der Arbeit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **J. A. Thompson. Hypertrophische Rhinitis. Eine einfache Behandlungsweise für eine gewöhnliche Krankheit. (Hypertrophic rhinitis. A simple treatment for a common disease.)** *Charlotte Med. Journ. September 1896.*

Verf. verwendet einen Menthol- oder Resorcin-Spray und ätzt die Muscheln mit Chromsäure. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

37) **Laurens. Die Hypertrophien der Muschelenden. (Les queues de cornet.)** *Archiv. internat. de laryngologie, d'otologie etc. No. 1. Januar-Februar 1896.*

Studie über die Pathogenese, Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung dieser Affection. E. J. MOURE.

38) **Hett. Schnelle und rationelle Methode zur Behandlung der Hypertrophien der unteren Muscheln. (Méthode rapide et rationelle du traitement des hypertrophies des cornets inférieurs.)** *New York Med. Journ. 8. Februar 1896. La Pratique médicale. 1. April 1896.*

Verf. empfiehlt die Abtragung der hypertrophirten Schleimhaut mit der Scheere. E. J. MOURE.

39) **James Wilson. Muschelhypertrophie. (Turbinal hypertrophy.)** *Lancet. 21. März 1896.*

Kurzer Auszug einer von W. in der Liverpool Medical Institution gehaltenen Vorlesung, die sich besonders mit den engen Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nasenmuscheln und Ohraffectionen beschäftigt. ADOLF BRONNER.

40) **Hélot. Die Electrolyse zur Behandlung hypertrophischer Muscheln. (De l'électrolyse des queues de cornet.)** *Archiv. internat. de laryngologie. No. 2. März-April 1896.*

Verf. zieht diese Methode der Cauterisation und der Abtragung vor. Er lässt den 5—12 Milliampères starken Strom 5—10' auf die Muschel wirken.

E. J. MOURE.

41) **Stipanits. Entfernung der unteren Nasenmuschel.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 2. 1896.*

Sie geschieht mit Meissel, zuweilen auch mit Knochenzange und Scheere und zwar ist die Operation eine vorausgehende, wenn an einer wegen der Muschel unerreichbaren Stelle gearbeitet werden muss, besonders aber bei den hochgradigen Hypertrophien der unteren Muschel, wenn mildere Verfahren nicht zum Ziele führen und wo man rasch angreifen muss. SCHECH.

42) **Hennebert. Vorzeigen einer vollständigen unteren Muschelschleimhaut. (H. montre la muqueuse entière du cornet inférieur.)** *La Clinique. No. 28. 1896.*

In der Sitzung vom 12. Juni 1896 des Cercle Méd. de Bruxelles zeigt H. die vollständige Schleimhaut der unteren Muschel eines jungen Mädchens von 21 Jahren vor, welche an einer hypertrophischen Rhinitis gelitten. BAYER.

43) **Rethi. Neuer Schlingenschnürer für die Hypertrophien der vorderen Muschelenden. (Un nouveau serre-noeud pour les extrémités antérieures hypertrophiées des cornets.)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 2. Februar 1896.*

Das Instrument hat dicht bei der Schlinge eine Nadel, die in die Muschel eindringt und das Abgleiten der Schlinge verhindert. E. J. MOURE.

44) **J. E. Bacon. Ueber Reizmittel bei der Behandlung der Nasenkrankheiten. (On irritation in the treatment of diseases of the nasal chambers.)** *The American Therapist. Mai 1896.*

Reize sollen nur da angewendet werden, wo ausgesprochene Atrophie vorliegt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

45) **Pes** und **Gradenigo. Bakteriologische Untersuchungen über die Ozaena. (Notes bactériologiques sur l'ozène.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 8. 1896.*

Der Belfanti'sche Mikrobe ist pathogen: er ist dem Pseudodiphtheriebacillus sehr nahestehend, jedoch nicht mit ihm identisch. Er kommt bei Ozaena constant vor, doch ist seine specifische Bedeutung für diese Krankheit noch nicht erwiesen. E. J. MOURE

46) **T. A. de Blois. Ein Fall von Stinknase. (A case of Ozaena.)** *Annals of Gynaecology and Pediatry. Juni 1896.*

Der Pat., einer 27jährigen Frau, wurde ein Stück von einer Muschelschale, das 18 Jahre in der Nase gesteckt hatte, aus derselben entfernt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **Bayer** (Brüssel). **Ueber Ozaena, ihre Aetiologie und Behandlung vermittelst der Electrolyse.** *Münch. med. Woch. No. 32 u. 33. 1896.*

Nach Besprechung der Ansichten von Löwenberg, Abel und Strübing über die bacterielle Natur der Ozaena und deren bisherige Behandlung bespricht er die Wirkung der von Rousseaux, Capart, Cheval empfohlenen Behandlung mit interstitieller cuprischer Electrolyse. Dieselbe ist zwar sehr wirksam, aber

nicht ungefährlich und sind schwache Ströme und wiederholte Sitzungen vorzuziehen. Aus der Wirksamkeit der Elektrolyse zieht B. folgende Schlüsse: Die Ozaena ist eine Trophoneurose, welche besteht in einer Secretionsanomalie, deren Product als Nährboden dient für einen der Ozaena eigenthümlichen und den fötiden Geruch derselben bedingenden Microben, 2. in einer Ernährungsstörung mit Atrophie der Schleimhaut und 3. einer anfangs meist hypertrophischen Rhinitis, hervorgerufen und unterhalten durch die die Rolle eines Fremdkörpers spielenden Producte. Die Behandlung muss eine lokale und allgemeine sein; die erste besteht in Reinigung der Nase und Entfernung der Borken, in Massage mit Jodvasogen, die letztere in Verbesserung der Constitution durch Jod, Eisen oder Arsenik, von welchem letzteren B. sehr gute Resultate sah. Die beste Behandlung ist eine elektrolytische, weil sie die Atrophie durch Ernährungsstörung beseitigt, die Secretion verflüssigt und so dem Ozaenecoccus den Nährboden entzieht.

SCHECH.

48) **Bayer. Die Ozaena; ihre Genese und ihre Behandlung mittels interstitieller Electrolyse. (L'ozène, sa genèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle.)** *Annales de l'Institut Chirurgical de Bruxelles. No. 2. März 1896.*

Verf. hält die Ozaena für eine Trophoneurose; das beste Mittel dagegen, fast ein Specificum, ist die interstitielle Electrolyse, deren Gebrauch freilich nicht ohne Gefahr ist.

E. J. MOURE.

49) **A. H. Coe. Was ist gegen atrophische Rhinitis zu thun? (What can be done for atrophic rhinitis?)** *Medical Sentinel. Mai 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **Belfanti** und **della Vedova. Ueber Aetiologie der Ozaena und ihre Heilbarkeit durch Serumtherapie. (Sull'etiologia dell'ozena e sulla sua curabilità colla sieroterapia.)** *Arch. ital. d'Otol. 1896. No. 2.*

Die Verfasser haben 63 Ozaenafälle bakteriologisch untersucht; in sämmtlichen Fällen haben sie den Microorganismus von Loewenberg und Abel, den Bacillus mucosus, gefunden. Trotzdem sind sie nicht überzeugt, dass dieser Bacillus die wahre Ursache der Ozaena sei. Im Gegentheil ist nach Verf. das Ozoenamikrobion ein anderes, welches von ihnen in sämmtlichen Fällen in den Borken, einmal auch im submucösen Gewebe gefunden wurde. Das fragliche Mikrobion ist ein dem diphtherischen und pseudo-diphtherischen sehr ähnlicher Bacillus, nur mit dem Unterschiede, dass er nicht toxisch wie der Diphtheriebacillus, zugleich aber nicht indifferent wie der Pseudodiphtheriebacillus bei dem Thierexperimente sich gezeigt hat. — Der Bacillus von Belfanti und Della Vedova wird in seiner Wirkung von dem gewöhnlichen Diphtherieheilserum in der Weise beeinflusst, dass er bei vorher gegen Diphtherie immunisirten Meerschweinchen weder Nekrose noch Abscess, bei Controlthieren dagegen Nekrose an der Injectionsstelle verursacht. Durch diese Untersuchungen und Experimente haben sich daher B. u. D. V. berechtigt gefühlt, die Diphtherieserumtherapie bei Ozaenakranken zu versuchen. Von 32 behandelten Fällen sind:

„16 vollständig geheilt, bei einigen dauert die Heilung seit mehr als zwei Monaten.

7 viel gebessert und nahe der Heilung.

4 gebessert.

5 stellen eine langsame Besserung dar.“ TOTI.

51) **Gradenigo. Ueber Serumbehandlung bei Ozaena. (Sulla sieroterapia nell ozena.)** *Arch. d'Otologia. 1896. No. 2.*

G. hat die Serumbehandlung bei 16 Kranken angewandt, in keinem aber Heilung erzielt, wenn man darunter Schwund der Borken und des Gestankes versteht. In 2 Fällen, wo eine chronische Ohreneiterung mit dem Nasenleiden im Zusammenhang stand, schien das Ohrenleiden durch die Einspritzungen günstig beeinflusst zu werden. TOTI.

52) **Gradenigo. Ueber antidiphtherische Serumbehandlung der Ozaena. (Sulla sieroterapia antidifterica nell'ozena.)**

G. hat 24 Fälle behandelt. Von diesen sind 2 geheilt, 9 sehr gebessert, 5 leicht gebessert; bei den übrigen 8 musste die Behandlung zu früh unterbrochen werden. Ob die erzielten Heilungen resp. Besserungen dauerhaft sein werden, lässt G. dahingestellt. TOTI.

53) **della Vedova. Ueber Heilbarkeit der Ozaena durch die Serumbehandlung. (Sulla curabilita dell'ozena colla sieroterapia.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 3.*

Der Verfasser berichtet über 7 behandelte Fälle, vor denen: 2 geheilt; 3 viel gebessert; 2 leicht gebessert sind. Die injicirten Einheiten schwanken zwischen 18000 und 30000. TOTI.

54) **Arslan** und **Catterina. Ueber Serumbehandlung der Ozaena. (Sulla sieroterapia nell'ozena.)** *Arch. ital. d'Otol. 1896. No. 3.*

A. und C. haben bis jetzt nicht nur keine Heilung, sondern auch keine merkliche Besserung aus den von Belfanti und della Vedova empfohlenen Einspritzungen von Diphtherieantitoxin erzielt. Sie haben nur constatirt, dass das Serum eine specifische Wirkung auf die Nasenschleimhaut hat und werden ihre Beobachtungen fortsetzen, um zu eruiren, welche Unterschiede zwischen solcher Wirkung bei ozaenösen und nicht ozaenösen Schleimhäuten bestehen. Zudem sind die Verf. der Meinung, dass die „Entdeckung von Belfanti und della Vedova einen neuen Horizont in dem bis dahin wenig geachteten klinisch-aetiologischen Studium der Ozaena eröffnet hat.“ TOTI.

55) **Redact. Mittheilung. Die Anwendung von Diphtherieheilserum bei Ozaena und chronischer eitriger Otitis. (The use of diphtheria serum in ozaena and chronic purulent otitis.)** *N. Y. Med. Journal. 15. August 1896.*

Auszug aus einem Artikel von Prof. Gradenigo.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **M. Ertler** (Wien). **Beitrag zur Behandlung der Nasen- und Rachenkrankheiten.** *Wiener med. Presse. No. 31.*

E. wendet das Ichthyol bei Ozaena nach gründlicher Reinigung der Nase auf die Art an, dass er durch jede Nasenhöhle 2—3 Spritzen einer 2—5proc. wässrigen Ichthyollösung durchspritzt, hierauf noch Pinselungen mit einer 25proc. Ichthyollösung vornimmt. Auch bei Pharyngitis sicca bewährt sich das Mittel vortrefflich. Die Ursache dieser Wirkung glaubt Verf. in der Eigenschaft des Ichthyols gelegen, dass es den Zerfall albuminhaltiger Körperbestandtheile einschränkt.

CHIARI.

57) **L. Fürst** **Zur Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca.** *Wiener med. Blätter. No. 34. 1896.*

Fürst wendet in diesen Fällen Pinselungen mit 1proc. Höllensteinlösung — dies jedoch nur in den ersten Tagen — hernach Ausspülungen der Nase, resp. Einfliessenlassen einer lauwarmen Lösung von:

Natr. chlor.	0,5
Acid. boric.	1,0
Aqua dest.	100,0

mit vielem Erfolg an. Ausserdem pinselt er mit Boro-Glycerin-Lanolin.

CHIARI.

58) **Gourdiat** (Lyon). **Ein paar Beobachtungen von tuberculösen Pseudotumoren der Nasenhöhle. (Quelques observations de pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales.)** *Province médicale. 26. September 1896.*

Verf. hat speciell die tuberculösen Processe der vegetirenden Form im Auge, die maligne Tumoren vortäuschen. Diese sitzen zumeist am Septum, sie wechseln von Nuss- bis Mandarinengrösse und machen weder Schmerzen noch Blutungen. Ihr Verlauf ist ein langsamer: Allgemein-Infection geht von ihnen nicht aus. Die Prognose ist danach günstig, die Diagnose lässt sich nur durch die histologische Untersuchung sicher stellen (Riesenzellen oder isolirte epithelioide Zellen). Die Therapie besteht in: Abtragung mit der Glühschlinge, Curettement der Basis und Cauterisationen derselben mit Milchsäure. Die von G. betrachteten Fälle heilten alle; doch sind Recidive häufig.

PAUL RAUGÉ.

59) **v. Gerszewski** (Königsberg). **Ueber Tuberkulome der Nase im Anschluss an zwei eigenartige Fälle von tuberkulösen Geschwülsten der Nase.** Dissertation. Königsberg. 1896.

Im ersten Falle, 24jährige Frau, hatte der Tumor in kurzer Zeit nicht nur die Weichtheile und den Knorpel, sondern auch das knöcherne Nasendach ergriffen, sodass anfangs eine maligne Geschwulst (Sarcom) angenommen wurde. Radikaloperation durch Spaltung der Nase. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose. Recidiv durch Ausschaben geheilt. Zweiter Fall, 39jähr. Mann, mit Tuberkeltumoren in beiden Nasenhöhlen und vorn im Kehlkopf.

SEIFERT.

60) **Hobbs** und **Bousquets.** **Secundär-tertiäres tuberculöses Syphilid entwickelt auf dem Grunde eines Schankers am Nasenflügel. (Syphilide secondo-tertiaire**

tuberculeuse développée au niveau d'un chancre de la narine.) *Journal de méd. de Bordeaux. No. 16. 19. April 1896.*

Der Initialaffect sass auf der Aussenfläche des Nasenflügels; der Modus der Ansteckung liess sich nicht ermitteln. E. J. MOURE.

61) **E. A. Heller. Syphilis der Nase, des Nasenrachenraums und Halses. (Syphilis of the nose, nasopharynx and throat.)** *Philadelphia Polyclinic. 13. Juni 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

62) **Capdepon. Nasensyphilis. (Syphilis nasale.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 41. 11. October 1896.*

Junge Patientin mit äusserer Ulceration, Zerstörung der Nasenknochen und Erhaltung des Lobulus. Nach Vernarbung der Ulceration wird eine Prothese eingeführt werden. E. J. MOURE.

63) **Gouguenheim** und **Bochard. Enorme Sequester der linken Nasenseite bei einer Syphilitischen. Unmöglichkeit der Extraction derselben durch die natürlichen Wege und nach der Rouge'schen Operation. Operation nach Ollier. Sofortige Entfernung von zwei grossen Sequestern. Heilung. (Séquestres énormes de la fosse nasale gauche. Syphilis antérieure. Impossibilité d'extraction de ces séquestres par les voies naturelles et après l'opération de Rouge. Opération d'Ollier. Extraction immédiate de deux gros séquestres. Guérison.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 10. October 1896.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Fall ausreichend. Die Patientin war 33 Jahre alt; ihre Syphilis hatte sie mit 15 Jahren acquirirt. E. J. MOURE.

64) **Van Sant. Recidivirendes Nasenbluten. (Recurrent epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 21. März 1896.*

Unter den Allgemeinursachen recidivirender Nasenblutungen sind zu erwähnen: 1) Erkrankungen, welche die Blutgefässe oder das Blut selbst afficiren, wie Scorbut, Purpura haemorrhagica, einfache und perniciöse Anämie, Plethora, Haemophilie, Malaria; ferner manche Fälle von septischer Erkrankung (Pyämie, Sepsis etc.). 2) Gewisse acute Erkrankungen, wie Typhus, Recurrens und gelegentlich Pneumonie, Diphtherie u. a. 3) Erkrankungen, die allgemeine oder locale Stauung verursachen, wie Herzklappenfehler, Lungenkrankheiten, Lebercirrhose, chronische Nephritis, amyloide Degeneration und Mediastinaltumoren. 4) Das Nasenbluten kann vicariirend für die Menstruation eintreten oder 5) die Schwangerschaft compliciren. Von localen Ursachen erwähnt Verf.: 1) Geschwülste: Fibrom, Carcinom, Sarcom, besonders das Angiosarcon, Fibro- und Myxosarcom. 2) Varicöse Erweiterung der Venen, besonders am vorderen Theile des Septum. 3) Ulcus perforans der Nasenscheidewand. 4) Trauma. 5) Localisirte Geschwürsbildungen durch Syphilis, Tuberculose und Lupus; und schliesslich 6) Deformitäten des Septum mit Erosion oder Ulceration seiner Schleimhaut. LEFFERTS.

65) **Rendu** (Paris). **Recidivirendes Nasenbluten. Angiome der Nasenhöhle. (Epistaxis à répétition. Angiomes des fosses nasales.)** *Société médicale des Hôpitaux. 23. October 1896.*

Sehr reichliche Blutungen aus der Nase bei einem Manne, der weder nierenkrank war, noch Arteriosklerose oder hämophile Neigungen hatte. Der Ursprung dieser Blutungen wurde enthüllt durch die Constatirung multipler kleiner Angiome an Hals, Brust, Stirn, Wangen, Zunge und Gaumensegel. Man schloss, dass ähnliche Naevi wohl auch auf der Nasenschleimhaut vorhanden sein würden. Nachdem die versuchte Allgemeinbehandlung eine Zeit lang ohne Resultat geblieben war, wurde der Pat. schnell von dem Nasenbluten befreit durch Aufschnupfen eines Gemisches von Antipyrin und Bismuth. subnitricum.

Lermoyez weist darauf hin, dass die Mehrzahl der als essentielle bezeichneten Nasenblutungen bedingt sind durch eine Erosion der Schleimhaut an der internen Partie des Naseneingangs im Gebiet des inneren Astes der Art. spheno-palatina. PAUL RAUGÉ.

66) **Dauscher** (Vordernberg). **Epistaxis mit gleichzeitiger Blutung aus dem Thränenröhrchen.** *Wiener med. Presse. No. 18.*

Plötzliches Nasenbluten links, das auf Tamponade stand, in 24 Stunden sich wiederholte, wobei auch eine starke Blutung in den Bindesack des linken Auges erfolgte. Verfasser sah das Blut tropfenweise aus dem unteren linken Thränenpunkte kommen. Nach Stillung der Blutung in der Nase stand auch die aus dem Thränenröhrchen. Nach einigen Tagen trat abermals eine profuse Blutung auf, wobei sich das Blut aus dem Bindehautsack über die Wange ergoss und erst nach Bellocque'scher Tamponade stand. In der Nase nichts Abnormes nachweisbar, auch die Thränenpunkte nicht erweitert, keine vorausgehende Erkrankung genannter Organe, keine bemerkenswerthen ätiologischen Momente. —

CHIARI.

67) **Haug. Beitrag zur Casuistik der im Verlauf der Bright'schen Nierenerkrankung auftretenden complicatorischen Ohr- und Nasenblutungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 45.*

Beobachtung eines Mannes, bei dem in Folge Bierpotatoriums es zu myocarditischen Veränderungen gekommen war und bei dem sich lange ehe es zu Eiweissausscheidung im Harn kam, Nasenblutungen und Blutungen in die Paukenhöhlen eingestellt hatten. LANDGRAF.

68) **Robert Levy. Letale Blutung aus Nase und Hals aus ungewöhnlicher Ursache. (Fatal hemorrhage from the nose and throat from an unusual cause.)** *The Laryngoscope. August 1896.*

Die Blutung fand durch die Tuba Eustachii statt und entstammte der Art. meningea media. Ob sie traumatischen Ursprungs war oder vom Ohr fortgeleitet, liess sich nicht feststellen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

69) **Redact. Notiz. Ein Fall von letalem Nasenbluten. (Fatal case of nosebleed.)** *Medical News. 19. September 1896.*

Der Pat. litt an haemorrhagischer Diathese. LEFFERTS.

70) **Redact. Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)**

Rp. Hydrarg. chlorat. corros. 0,06
Acid. hydrochlor. dilut.
Tct. Cannalis ind. ana 7,50
Ergotin 1,87
Syr. simpl. 30,0
Inf. Quassiae amar. 210,0
M. D. S. 3 Theelöffel voll am Tage in 1 Glas Wasser.

LEFFERTS.

71) **L. Leblond. Blutstillende Mittel in der Rhinologie. (Des agents hémostatiques en rhinologie.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Verf. bespricht die verschiedenen Mittel, die gegen das Nasenbluten zur Anwendung gelangen; er selbst bevorzugt das Antipyrin, das Argent nitric. und den Galvanokauter. Für besonders hartnäckige Blutungen empfiehlt er die etagenförmige Tamponade mit Jodoformgaze, welche die Nachtheile und Gefahren der hinteren Tamponade nicht hat. A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

72) **Frank Woodbury. Ein Fall von oedematöser Urticaria mit Betheiligung der oberen Luftwege. (A case of urticaria edematosa with involvement of tho air passages.)** *Philadelphia Polyclinic. 15. Februar 1896.*

Kräftiger Knabe von 9 Jahren, von einer Hornisse an der Seite des Halses gestochen; es stellte sich Kehlkopfhusten ein und der Knabe konnte nur mit Mühe sprechen; das Gesicht war so stark geschwollen, dass die Augen geschlossen waren; Nasenmuscheln, Gaumensegel und Schlund waren ebenfalls geschwollen. Nach wenigen Stunden war alles dies wieder verschwunden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

73) **J. Price Brown. Die Halsentzündung der Prediger. (Clergyman's sore throat.)** *Montreal Med. Journal. September 1896.*

Verf. verwirft den obigen Terminus. Er berichtet über 10 Fälle von Halsstörungen, die er bei Predigern beobachtet hat; die ursächlichen Processe in Nase und Hals waren recht verschiedene. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

74) **R. W. Wilcox. Der lithaemische Hals. (The lithaemic throat.)** *The Laryngoskope. September 1896.*

W. verordnet salicylsaures Natrium innerlich und local einen Spray von heissem Vaselin mit Zusatz von ein paar Tropfen Wintergrünoel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **E. Gaultier. Die Pneumokokken-Affectionen des Rachens. (De la pneumococcie pharyngée.)** *Thèse de Paris. 1896.*

G. beschreibt unter obigem Titel die verschiedenen Formen von Angina,

die durch Pneumokokken verursacht sind; es sind dies nach ihm 5 Varietäten; die eitrige, erythematöse, folliculäre, pseudomembranöse und herpetische. Die Symptome der Pneumokokken-Angina erinnern in jeder Weise an die der Pneumonie, der jene bisweilen auch vorangeht. A. CARTAZ.

76) **Brodnax. Ulcerationen im Halse. (Ulcerated sore throat.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1896.*

Rp.	Chloralhydrat	1,2
	Aqu. destill.	90,0
	Syr. simpl.	30,0

S. 1 oder 2 ständl. 1 Theelöffel voll (gegen die Schmerzen und um Schlaf herbeizuführen). LEFFERTS.

77) **A. Dubois. Behandlung der Scharlachangina mit dem Marmorek'schen Serum. (Traitement de l'angine scarlatineuse par le serum de Marmorek.)** *Bull. méd. du Nord. 10. April 1896.*

Bericht über 4 Fälle von Streptokokken-Angina bei Scharlach, bei denen die Seruminjection einen rapiden Temperaturabfall, Verschwinden der Albuminurie, Verminderung der Halsbeschwerden und der Drüsenschwellung, mit einem Worte eine sehr ausgesprochene und schnelle Besserung des localen und des allgemeinen Zustandes herbeiführte. A. CARTAZ.

78) **Florand** (Paris). **Streptokokken-Angina mit scharlachartigem Ausschlag. (Angine à streptocoques avec éruption scarlatiforme.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 10. Juli 1896.*

F. beschreibt eine Epidemie von Angina durch Streptokokken, die Diagnose Scharlach schliesst er aus auf Grund der fehlenden Desquamation. LUC.

79) **Béclère** (Paris). **Streptokokken-Angina mit scharlachartigem Ausschlag. (Angine à streptocoques avec éruption scarlatiforme.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 17. Juli 1896.*

B. wendet sich gegen die obengenannte Anschauung Florand's. Er berichtet über eine Familienepidemie von typischem Scharlach. Bei einem der erkrankten Kinder beobachtete er eine Streptokokkenangina mit weisslichem Belag; die Desquamation aber blieb bei diesem Kinde aus. LUC.

80) **Gouguenheim** (Paris). **Streptokokken-Angina. (Angine à streptocoques.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 17. Juli 1896.*

Die Infection wurde eine allgemeine und der Patient starb an Herz- und Lungencomplicationen. LUC.

81) **Gouguenheim. Membranöse Angina durch Streptokokken (Angine couenneuse à streptocoques.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 10. Oct. 1896.*

Die Angina complicirte sich mit eitriger Pleuritis und Pericarditis und mit einer Entzündung der Claviculargelenke. Der Knabe starb plötzlich in Folge der Pericarditis. E. J. MOURE.

82) **H. Lemoine. Beitrag zum bakteriologischen Studium der nicht-diphtheritischen Anginen. (Contribution à l'étude bactériologique des angines non diphthériques.)** *Annales de l'Institut Pasteur. IX. No. 12.*

Verf.'s Technik ist folgende: Der Kranke gurgelt mit sterilisirtem Wasser; dann wird die Oberfläche der Mandel mit einem sterilen Wattetampon getrocknet und mit der Spitze einer in der Flamme erhitzten Pipette geätzt; es entsteht dabei eine weissliche, runde, linsengrosse Eschara; durch diese wird die Spitze eines Capillarröhrchens eingestochen und dabei eine geringe Menge dicklicher weisser Masse, oft mit etwas Blut untermischt, für die Untersuchung gewonnen. Untersucht wurden auf diese Art 168 Fälle von Angina u. z.

a) 112 Fälle bei Scharlach, davon 74 pseudomembranöse und 38 erythematöse.
b) 5 Fälle bei Masern.
c) 3 Fälle bei Parotitis.
d) 29 pseudomembranöse nicht-diphtheritische Anginen.
e) 14 einfache Anginen ohne Membran. Dazu kommen 3 Fälle von chronischer Tonsillitis, 1 mal mit Abscess.

Bei diesen Fällen fand L. ganz constant den Streptococcus, sobald er zur Cultur die Punctionsflüssigkeit der Mandel verwendete (142 Fälle); 11 mal war der Streptococcus mit Staphylokokken combinirt, 5 mal mit Colibacillen.

Wurde nur das Oberflächen-Exsudat zur Untersuchung genommen (23 Fälle), so fand sich 12 mal der Streptococcus allein, 6 mal neben diesem der Staphylococcus, 3 mal Colibacillen und 2 mal ausser dem Streptococcus Pneumokokken und Colibacillen.

Die Verschiedenheit der Methode ergiebt also bezüglich der Häufigkeit der Association verschiedener Bacterien einen offenbaren Unterschied des Resultates.

In den 3 Fällen von Tonsillitis fand sich einmal das Bacterium coli in Reincultur und 2 mal Bacillen, die den Colibacillen sehr nahe standen.

Man kann danach die Anginen im Allgemeinen als zur Classe der Streptokokken gehörig betrachten, wie das Erysipel, das Puerperalfieber etc. und vielleicht wird für schwere Fälle das Roger-Marmorek'sche Streptokokken-Serum indicirt sein.

A. CARTAZ.

83) **J. Dubost. Ueber septicämische und pyämische Complicationen nicht-diphtheritischer acuter Anginen. (Sur les complications septicemiques et pyohémiques des angines aigues non diphthériques.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Verf. berichtet über 2 neue Fälle dieser Art. Er giebt einen Ueberblick über die schweren infectiösen Zustände, die man manchmal im Gefolge von Anginen — von Diphtherie ganz abgesehen — sich entwickeln sieht. Die Pathogenese dieser Zustände ist noch nicht ganz aufgeklärt. Die Steigerung der Virulenz der Staphylokokken, die man für gewöhnlich in der Mundhöhle antrifft, spielt wahrscheinlich an erster Stelle mit. Welche Rolle aber die von den Mikroben im Halse selbst producirten Toxine dabei spielen, bedarf noch der Aufklärung.

A. CARTAZ.

84) **Vent** (Stettin). **Zur Casuistik der diphtheroiden Erkrankungen des Rachens.** Dissert. Greifswald 1895.

Eine Angina mit streifenförmigem zartem fibrinösem Belag auf den Tonsillen und der hinteren Rachenwand bot klinisch eine interessante Analogie mit der croupösen Pneumonie dar (Febris continua während 7 Tagen, kritische Defervescenz). Aus dem Belag konnten nur Diplokokken (Pneumococcus) gezüchtet werden, welchen allein die Infection zugeschrieben werden musste. SEIFERT.

85) **Chas. Greene Cumston. Der weisse Hals der Lake Region (The white throat of the Lake Region.)** *N. Y. Medical Record. 15. Februar 1896.*

Die Krankheit ist identisch mit der in Genf als „septische Tonsillitis", in Frankreich als „la gorge blanche du lac" bezeichneten Affection. In der letzten Ausgabe (1894) ihres Handbuchs der Kinderkrankheiten erwähnen Prof. d'Espine und Dr. Picot (beide in Genf) diese Form der Tonsillitis nicht.

LEFFERTS.

86) **Stuart Tidey. Der weisse Hals der Lake Region. (The white throat of the Lake.)** *N. Y. Med. Record. 11. April 1896.*

Fortsetzung der Discussion über das Wesen der mit obigem Namen bezeichneten Krankheit. Verf. ist der Ansicht, dass es sich wahrscheinlich um die von Morell Mackenzie als Angina ulcerosa beschriebene Affection handelt, auf die auch Schech in seinem Lehrbuch Bezug nimmt. Die Krankheit verdient Beachtung wegen ihres Zusammenhanges mit schlechten hygienischen Zuständen und wegen der Thatsache, dass die gleiche Krankheit in den verschiedenen Gegenden mit verschiedenen Namen belegt wird. LEFFERTS.

87) **G. Gottstein. Pharyngo- und Gaumentonsille, primäre Eingangspforten der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 31.*

G. bringt 5 Fälle aus der Störk'schen Klinik und 1 Fall aus der Praxis seines verstorbenen Vaters von primärer Pharynx- bezw. Gaumentonsillentuberculose. In allen Fällen waren nicht nur Riesenzellen vorhanden, sondern deutliche Tuberkelbildung, dagegen konnten keine Tuberkelbacillen nachgewiesen werden und auch keine Verkäsungen. G. bespricht dann die Möglichkeiten der Infection, weist darauf hin, dass bisher kein diagnostisches Hilfsmittel bekannt sei, wodurch klinisch die Diagnose auf tuberculöse Erkrankung der betreffenden Tonsille gestellt werden könnte (Tuberculininjection? Ref.?). Hält die Prognose für günstig, da es sich um locale Tuberculosen handle, die keine Neigung zum Wachsthum haben, nur für das Ohr liege Gefahr vor durch den innigen Contact mit der Tubenöffnung und plädirt aus diesem Grunde für operative Entfernung.

LANDGRAF.

88) **L. B. Auerbach. Die Mandelentzündung bei Kindern und ihre Differentialdiagnose gegenüber der Diphtheritis. (Tonsillitis in children and differential diagnosis between it and diphtheria.)** *Denver Med. Times. Juli 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

89) **S. J. Bassford. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *Journal of Medicine and Science. Juli 1896.*

Nach Mandelentzündung rheumatischen Ursprungs sah Verf. öfters Endocarditis folgen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

90) **P. S. Donnelan. Ein paar praktische Beobachtungen über acute Mandelentzündung. (Some practical observations on acute tonsillitis.)** *The Med. Bulletin. September 1896.*

D. behandelt mit Guajacol. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) **S. D. Sour. Folliculäre Tonsillitis (Quinsy).** *Cincinati Med. Journal. Januar 1896.*

Einfacher Bericht über einen Fall. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **Lewis S. Somers. Die Behandlung der Tonsillitis. (The treatment of tonsillitis.)** *The Med. Progress. April 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **M. Levy. Gargarisma bei lacunärer Tonsillitis.** *Wiener klinische Rundschau. No. 41. 1896. N. Y. Med. Journal. 7. November 1896.*

Creosoti gtt. VIII
Tinct. myrrh.
Glycerini ana 60,0
Aqu. dest. 120,0

CHIARI.

94) **Renon. Fistelbildende Mandelentzündung. (Amygdalite fistuleuse.)** *Journal des praticiens. 4. April 1896.*

Verf. beschreibt unter diesem Titel die Fälle, in denen die Mandel schwammartig durchlöchert ist von einer wechselnden Menge von Canälen, in denen sich theils Nahrungsreste, theils entzündliche Producte ansammeln. Es ist indicirt, diese Gänge weit zu eröffnen, um ihren Inhalt zu entleeren. Verf. führt zu diesem Zwecke ein gebogenes galvanokaustisches Messer in eine Oeffnung der Mandeloberfläche ein und drängt die Spitze aus einer anderen Oeffnung heraus. Er setzt dann den Strom in Gang und übt einen Zug mit dem Messer aus, wodurch die Brücke zwischen beiden Oeffnungen durchtrennt wird. Je nach der Zahl der Gänge wird dies Verfahren verschieden oft wiederholt. LUC.

95) **Vergely. Krankenvorstellung. Acute Mandelentzündung; drohende Phlegmone der Orbita. (Amygdalite aigue. Menace de phlegmon oculaire. Présentation du malade.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 29. 19. Juli 1896.*

Sechs Tage nach dem Beginn einer acuten Mandelentzündung mit Fieber bekam das 6jährige Kind heftige Schmerzen in der linken Orbita mit Exophthalmus, Strabismus und Oedem der Augenlider. Diese Erscheinungen bildeten sich auf die antiphlogistische Behandlung hin zurück. Drei Wochen später erkrankt das Kind mit einem Masernausschlag; die Augenerscheinungen sind dabei auf das rechte Auge beschränkt. E. J. MOURE.

96) **J. Killian. Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens.** *Münch. med. Woch. No. 30. 1896.*

Die Fossa supratonsillaris verstreicht bei der Peritonsillitis, ja man sieht oft an deren Stelle eine convexe Hervorwölbung, die obersten Theile der Gaumenbögen sind in der Richtung von vorne nach hinten aneinandergedrängt, die Gaumenmandel aber steht mehr nach innen und unten. Am sichersten wird der peritonsilläre Abscess erreicht, wenn man nach verheriger Cocainisirung eine dicke starre Sonde in die Fossa supratonsillaris einführt und tastend nach aussen und oben vorgeht; die Sonde durchbricht das morsche Gewebe, die geschaffene Oeffnung wird durch eine Kornzange noch erweitert und die letztere in den nächsten Tagen noch mehrmals eingeführt.

SCHECH.

97) **Grünwald. Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens.** *Münch. med. Woch. No. 38. 1896.*

Bestätigung der Mittheilungen von Killian; ein peritonsillärer Abscess, dessen Aufsuchung von der Fossa supratonsillaris aus nicht gelingt, ist nach G. gar nicht von der Mandel ausgegangen; mit Entfernung eines stark angefressenen III. unteren Molarzahnes gelangte G. durch die Hinterwand der Alveole an eine wallnussgrosse eitergefüllte Höhle, die sich nach aussen bis M. pteryg. int. erstreckte.

SCHECH.

98) **Stoupy. Phlegmonöse Mandelentzündung gefolgt von arteriellen und venösen Blutungen, Trachealfistel, Ligatur der Carotis externa. (Amygdalite phlegmoneuse, hémorrhagies artérielles et veineuses consécutives, fistule trachéale, ligature de la carotide externe.)** *Arch. de méd. militaire. September. 1896.*

22jähriger Soldat, am 30. Mai ins Lazareth aufgenommen wegen einer Angina mit so hochgradiger Kiefersperre, dass es kaum möglich ist, den Hals zu sehen. Rechtsseitige Mandelschwellung mit enormer Geschwulst der Halsdrüsen. Am 3. Juni spontane Eröffnung des Mandelabscesses. Parese des Gaumensegels; Flüssigkeiten kommen beim Trinken durch die Nase zurück. Am 10. Juni von neuem acute Erscheinungen. Die nächsten 48 Stunden wiederholte mehr oder weniger starke Blutungen aus dem Munde. Starke Anschwellung des Halses. Ein Einschnitt am Hals entleert reichliche Blutgerinnsel, doch wird die Quelle der Blutung nicht gefunden. Tamponade. Am 13. Juni besonders starke Blutung. Ligatur der Carotis externa. Am 17. Juni neue Blutung; bei der Entfernung des Verbandes tritt ein wenig Eiter mit Luft vermengt aus der Tiefe hervor. Am nächsten Tage leichtes Emphysem der Haut infolge einer durch Ulceration entstandenen Trachealfistel. Allmälig kommt es zu vollständiger Heilung.

A. CARTAZ.

99) **Kramer** (Glogau). **Zur Anwendung parenchymatöser Carbolinjectionen bei tonsillären Erkrankungen.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 47. 1896.*

Für die Fälle häufig recidivirender phlegmonöser Angina empfiehlt Kr. als einfaches und ungefährliches Verfahren Einspritzungen von je ca. $^1/_2$ ccm einer 2—3proc. Carbollösung durch den vorderen Gaumenbogen und zwar wöchentlich

2—3 mal, im Ganzen ca. 4—6 Einspritzungen. Sämmtliche früher wiederholt an Recidiven erkrankten Patienten sind nach dieser Behandlung vor Rückfällen verschont geblieben. Kr. nimmt an, dass bei dieser Behandlung die im peritonsillären Bindegewebe zurückbleibenden latenten Eiterkokkenherde zerstört werden.

SEIFERT.

100) **Hicguet. Gelegentlich der Amygdalitis necrotica. (A propos de l'amygdalite nécrosique.)** *La Policlinique. No. 2. 1896.*

Klinische Unterhaltung über die nekrotische Mandelentzündung nach Strümpell und Moure „eine gutartige Affection, welche sich selbst überlassen nach Abstossung der nekrotischen Producte unregelmässige Geschwüre mit fetzigen Rändern hinterlässt, welche in einigen Tagen heilen". BAYER.

101) **O. A. Mac Kimmie. Erkrankungen der Mandeln. (Some diseases of the tonsils.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 10. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **Francis J. Quinlan. Sechs Jahre anhaltende Taubheit infolge von Vergrösserung der Mandeln; Excision derselben; Heilung. (A case of prolonged deafness [6 years] due to enlarged tonsils; excision; cure.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1896.*

13jähriges Mädchen; ausser den Gaumenmandeln wurde auch eine geringe Gewebsmasse aus dem Rachengewölbe entfernt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **C. H. Means. Die Mandelschwellung; ihre Aetiologie, Folgeerscheinungen und Behandlung; mit Krankengeschichten. (Hypertrophy of tonsils: Etiology, Sequelae and treatment, with report of cases).** *Columbus Med. Journ. 21. Juli 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **Redact. Notiz. Hypertrophie der Tonsillen. (Enlarged tonsils.)** *Kansas City Med. Record. August 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **J. H. Coulter. Die Tonsillotomie mit dem galvanokaustischen Messer. (Tonsillotomy by cautery dissection.)**

Mit der weissglühenden Elektrode werden die Gaumenbögen von der Tonsille bis zur Hälfte ihres Umfangs losgelöst; dann wird die Mandel mit einer geeigneten Zange vorgezogen und in gleicher Weise bis zur Hälfte abgeschnitten. Die verschorfte Fläche des Restes wird mit einer starken Arg. nitricumlösung behandelt. Nach 8—10 Tagen wird die zweite Hälfte der Mandel in derselben Weise fortgenommen. Der kosmetische, wie der praktische Effect der Operation ist nach Verf. ein solcher, wie er mit keinem andern Verfahren erzielt wird. [Wohin kommen wir?! — Red.] LEFFERTS.

106) **Lichtwitz. Häufige Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus auf der Operationswunde nach Abtragung der Mandel mit der Glühschlinge. Unschädlichkeit**

des Bacillus in diesen Fällen. (Présence fréquente du bacille de Loeffler sur la plaie operatoire après l'ablation de l'amygdale avec l'anse électro-thermique. Innocuité du bacille dans ces cas.) *Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. No. 11. 15. März 1896.*

Unter 27 Fällen wude 11 mal der Diphtheriebacillus constatirt, 2 mal allein, 9 mal mit andern Bakterien combinirt, ohne dass die Patienten irgend welche Allgemeinstörungen darboten; sie kamen auch sämmtlich ohne Serumanwendung zur Heilung.

E. J. MOURE.

107) **Piergili. Ernste Blutung nach Tonsillotomie. (Grave emorragia consecutiva a tonsillotomia.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 3.*

Die Tonsillotomie war mit dem Fahnestock'schen Instrumente bei einem 20jährigen sonst gesunden Manne ausgeführt worden, und war eine unvollständige gewesen. Die erste Blutung kam, 7 Stunden nach der Operation, aus dem unteren Theile der Mandelwunde, und wurde durch Ergotineinspritzungen, Eis, Ruhe etc. gestillt. Im Verlaufe von 2 Tagen kamen 5 weitere ernste Blutungen, welche jedesmal gestillt werden konnten, aber den Patienten in einen so schrecklichen und gefährlichen anämischen Zustand versetzten, dass von einem hinzugerufenen Chirurgen beschlossen wurde, die Unterbindung der Carotis communis gleich zu unternehmen. Pat. hatte keine Blutung mehr, und erholte sich rasch von den Folgen der Operation.

TOTI.

108) **Hans Ruge** (Berlin). **Ueber actynomycesähnliche Gebilde in den Tonsillen.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXX. 1896.*

R. fand bei verschiedenen Erkrankungen in Tonsillenkrypten drüsige Gebilde, die (nach Verfärbung mit Alauncarmin und nachheriger Behandlung nach Gram) aus einem dunkelblau gefärbten, theilweise sehr dichten Netz von Fäden bestehen; sie laufen gegen die Peripherie hin strahlig aus und erscheinen daselbst z. Th. kolbig verdickt. Diese Kolben bestehen aus Haufen von Fäden und Kokken. Die Fäden haben vielfach ein perlschnurartiges Aussehen, einige sind deutlich verästelt. Nach dem Centrum zu kreuzen sie sich nach allen Richtungen; daselbst finden sich zahlreiche kokkenähnliche Gebilde.

Das Fadennetz liegt in einem durch das Carmin hellroth gefärbten Substrat, das einzelne dunkler rothe Stellen zeigt.

Dieser, ein abgeschlossenes Ganze bildende Strahlenpilz ist nicht identisch mit dem Actinomyces hominis, er ist vielleicht identisch mit der Sabrazes'schen bedingt pathogenen Streptothrixart.

Er kann die Ursache werden für Mykosen der Tonsillen und des Pharynx, Abscesse und ähnliche Krankheitsformen.

A. ROSENBERG.

109) **J. Roberts. Papillom der Mandel. Exstirpation. (Papillome de l'amygdale. Ablation.)** *Archiv of Otol. Januar 1896. La Pratique médicale. No. 30. 29. Juli 1896.*

Aus der histologischen Untersuchung geht deutlich hervor, dass eine papilläre Hypertrophie der Mandel vorlag, und nicht ein Papillom, wie der Verf. in der Ueberschrift sagt.

E. J. MOURE.

110) **Arslan. Beitrag zum Studium der Tonsillengeschwülste. (Contributo allo studio dei tumori delle tonsille.)** *Boll. Mal. dell' Or. 1896. No. 4.*

1. Fall. Grosses Angiosarkom der rechten Mandel bei einem 70jährigen Mann. Die histologische Untersuchung excidirter Geschwulstfragmente hatte keine unzweifelhafte Diagnose ergeben: der eine Histolog hatte Angiosarkom, der andere einfache Hyperplasie der Mandel diagnosticirt. Pat. starb nach 4 Monaten mit Erscheinungen von Cachexie und ernster Magenkrankheit. A. nimmt daher an, er sei an einer Metastase des Magens gestorben.

2. Fall. Carcinom der linken Mandel bei einem 63jährigen Manne. Pat. liess sich nicht mehr sehen.

3. Fall. Angiom der rechten Mandel bei einem 19jährigen Manne. Kleine, erst am vorigen Tage vom Pat. bemerkte, röthliche, himbeerartige, am oberen Pole durch einen schmalen Stiel haftende Geschwulst. Abtragung durch Pincette. Hist. Diagnose: Einfaches Angiom.

4. Fall. Papillom der rechten Mandel bei einem 24jährigen Manne. Nichts besonderes.

TOTI.

111) **A. W. Stirling. Ueber knöcherne Tumoren mit Invasion der Mandeln. (On bony growths invading the tonsils.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Juli 1896.*

Auszug aus einem Vortrag, den Verfasser in der American Medical Association hielt. Er berichtet über 3 Fälle und hält diese Tumoren für Verlängerungen des Processus styloideus.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

112) **H. D. Hamilton. Krankengeschichte eines Falles von nichtmalignem Tumor der Tonsille. (Nonmalignant tumors of the tonsil, with report of a case.)** *Montreal Med. Journ. Septemb. 1896.*

Ein Lymphangiom bei einem 22jährigen Mann. Dasselbe ging von der oberen Fläche der rechten Mandel mit einem engen Stiel aus und war 3 Zoll lang, $^3/_4$ Zoll breit und $^1/_2$ Zoll dick. In der Nacht hatte der Patient über Athembeschwerden zu klagen. Der Stiel wurde ligirt und der Tumor mit der heissen Schlinge abgetragen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **H. de Zwaan** (Hag). **Demonstration.** *Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1896. II. No. 9.*

Z. hat bei einem 31jährigen Manne ein grosses von der rechten Mandel auf die Zunge, auf beide Gaumenbögen und die hintere Pharynxwand übergegangenes Sarcom, nach Tracheotomie und temporärer Unterkieferresection mittelst Pacquelin und Scheere abgetragen. Der Patient wird demonstrirt.

H. BURGER.

114) **G. E. Armstrong. Carcinom der Mandel. (Carcinoma of the tonsil.)** *Montreal Med. Journal. Juni 1896.*

Krankengeschichte eines 59jährigen Mannes, der wegen Carcinom der Mandel operirt ist; die Prognose hält Verf. in seinem Falle für schlecht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **Costet. Studie über die Mandelsteine. (Étude sur les calculs de l'amygdale.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Sorgfältige Zusammenstellung der bisher publicirten Fälle und Mittheilung mehrerer eigener Beobachtungen. Nichts Neues. A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

116) **W. H. Park** und **A. W. Williams. Die Erzeugung des Diphtheriegiftes. (The production of diphtheria toxin.)** *The Journal of experimental medicine. Januar 1896.*

Die Verf. besprechen die Methoden zur Darstellung des Diphtheriegiftes und zur Feststellung seiner Stärke. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

117) **Galley. Beziehung der Krankheiten des Geflügels zur Diphtherie. (Relation of diseases of fowls to diphtheria.)** *Lancet. 18. April 1896.*

Resumé eines in der Belgischen Akademie für Medicin gehaltenen Vortrags. ADOLPH BRONNER.

118) **Barella. Kurze Bemerkungen bezüglich der Thier- und Menschendiphtheritis. (Petites remarques au sujet de la diphthérie animale et de la diphthérie humaine.** *La Clinique. No. 16. 1896.*

1. Es giebt eine Diphtheritis der Katze (Dumont), des Hundes und des Rindviehs (Klein).

2. Als Vogeldiphtheritis habe man 3 verschiedene Affectionen beschrieben, deren Beweise aber keinen grossen Werth hätten.

3. Es gebe diphtheritische Membranen mit den Löffler'schen Bacillen und pseudo-diphtheritische ohne denselben.

4. die Mikroben der Mund- und Rachenhöhle verursachen die Krankheit nicht; es müsse zuerst ein pathologischer Zustand eintreten, um dieselben toxisch zu machen.

5. Der pseudomembranöse Process kann die verschiedenen Schleim- und serösen Häute einnehmen, analog den andern Vorgängen wie Eiterungen, Ulcerationen, Gangrän, Caries, Neurose etc. BAYER.

119) **H. C. Crouch. Die mikroskopische Diagnose der Diphtheritis mittelst einer neuen Färbemethode. (The microscopical diagnosis of diphtheria by a new staining method.)** *Journ. of the American Public Health Association. Januar 1896.*

Das Präparat wird einen Moment in eine 1proc. Methylgrünlösung getaucht; die Bacillen sind schwach grün gefärbt und zeigen eine eigenthümliche röthliche Körnung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

120) **Dräer. Die bacteriologische und klinische Diagnose „Diphtherie".** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 18.*

D. publicirt die Ergebnisse der im hygienischen Institut in Königsberg ge-

machten Untersuchungen. Die Entnahme des Materials geschah durch dünne Schwammstückchen, die auf die verdächtigen Stellen gedrückt wurden. Die sichere Diagnose der Bacillen ist nur möglich durch das Culturverfahren. Untersucht wurden 400 Proben. Dr. untersucht die Frage: Wird der Begriff „Diphtherie“ durch die bacteriologische Untersuchung erweitert, eingeengt oder überhaupt nicht beeinflusst? Klinisch waren 193 Fälle als Diphtherie bezeichnet, davon ergab die bakteriologische Untersuchung 115 Mal Diptheriebacillen, 78 Mal nichts. In 106 Fällen war die klinische Diagnose: keine Diphtherie; davon bacteriologisch: 90 keine Diphtherie, 16 Diphtherie. Klinisch zweifelhaft Diphtherie waren 101 bezeichnet, davon 31 bacteriologisch Diphtherie, 70 nicht. Im Ganzen wurden also 162 Mal Diphtheriebacillen nachgewiesen, 238 Mal nicht. Der klinische Begriff wird durch die bacteriologische Diagnose um 23,1 eingeengt. Des Weiteren bespricht H. die Frage, wann der Thierversuch heranzuziehen ist zur Sicherung der Diagnose und verlangt denselben nur für die Fälle, in denen sich die gezüchteten Bacillen als Pseudodiphtheriebacillen zu erweisen scheinen.

LANDGRAF.

121) **Emma S. Merrilt. Differentialdiagnose der Diphtherie. (Differential diagnosis of diphtheria.)** *Occidental Medical Times. April 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

122) **C. G. Coakley. Diphtheritis-Statistiken. (Statistics of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juni 1896.*

Aus einer Reihe von Statistiken grosser und kleiner Städte Amerikas und Europas zieht Verf. den Schluss, dass man die Frühperiode und die späteren Stadien der Krankheit, die sehr verschiedene Verhältnisse aufweisen, scharf von einander trennen muss. Wirft man die Todeszahlen beider einfach zusammen, so kommt man zu irrigen Schlüssen.

LEFFERTS.

123) **Ferré. Die Diphtheritis in Bordeaux. (La diphthérie à Bordeaux.)** *Gaz. hebd. des scienc. méd. No. 13. 29. März 1896.*

Eine Untersuchung über das Functioniren des Sanitätsdienstes. Die Resultate sind sehr ermuthigend. Auf ein Gesammt von 371 Fällen von festgestellter Diphtherie kommen nur 18 Todesfälle, d. i. eine Mortalität von 4,86 pCt.

E. J. MOURE.

124) **A. W. Vaniman. Die Diphtherie in Topeka im Jahre 1895. (Diphtheria in Topeka 1895.)** *Kansas Medical Journal. April 1896.*

Bericht über eine 6 Monate dauernde Epidemie. Es erkrankten 259 Personen; die Mortalität betrug etwa 20 pCt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

125) **Redact. Notiz. Das Studium der Diphtherie in der Schweiz. (The study of diphtheria in Switzerland.)** *Med. Record. 2. Mai 1896.*

Bericht über die neuen Verfügungen in der Schweiz zur Erlangung einer Sammelforschung über die Diphtherie. Es ist für zwei Jahre, vom 1. März 1896 an die Anzeigepflicht vorgeschrieben; jedem Arzt sind die nöthigen Meldebogen

zugestellt. Damit möglichste Vollständigkeit erzielt wird, ist für jeden gemeldeten Fall ein mässiges Honorar ausgesetzt. LEFFERTS.

126) **Gläser. Mittheilungen über 20 Jahre Diphtherie im Hamburger allgemeinen Krankenhause.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXX. 1896.*

Ausführlicher Bericht über die in den Jahren 1872—1891 behandelten mehr als 4500 Diphtheriekranken. Es wird berücksichtigt der Einfluss des Alters, der Constitution, der Dauer und Höhe des Fiebers, der Albuminurie auf die Mortalität, die Dauer des Belages, die Sepsismortalität, Zahl und Mortalität der Tracheotomirten, Lähmungen und Otitis; schliesslich folgt ein Sectionsbericht und ein Kapitel über Therapie.

Wer sich für die hier berührten Fragen interessirt, sei auf die Originalarbeit verwiesen, die mit grossem Fleiss und Ernst angefertigt ist. A. ROSENBERG.

127) **Redact. Notiz. Die Diphtheritis in Wien. (Diphtheria in Vienna.)** *Medical Record. 18. April 1896.*

Während der 25 Jahre von 1870 bis Ende 1895 starben in Wien an Diphtheritis über 1400 Patienten. [Sollte das nicht ein Druckfehler sein? Die wirkliche Zahl der Todesfälle ist doch sicher eine viel grössere. Red.] LEFFERTS.

128) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Ueber die Aetiologie des Croups in Niederland, namentlich des primären Croups. (Over de aetiologie van croup hier te lande, inzonderheid van primairen croup.)** *Ned. Tydschr. voor Geneesk. 1896. II. No. 10.*

Die Arbeit stützt sich auf die bacteriologische Untersuchung (durante vita und post mortem) von 200 Kranken, von welchen 102 an Pharyngitis fibrinosa, 48 an secundärem und 25 an primärem Croup litten, während in 25 Fällen die Localisation nicht genauer angegeben war. S. kommt zu dem Schluss, dass der in Niederland vorkommende Croup, sowohl der primäre wie der secundäre, fast immer ein echt diphtheritischer ist. In 92 pCt. der Fälle von primärem Croup und 97.9 Procent von secundärem Croup konnten Diphtherie-Bacillen nachgewiesen werden. Auch ist im Laufe von 6 Jahren in Utrecht kein einziger Fall von nicht diphtheritischem Croup beobachtet worden. Diese Thatsachen beweisen, dass der nicht diphtheritische Croup mindestens sehr selten ist. Es sei deshalb geboten, in jedem Fall von Croup wie bei Diphtherie zu verfahren und bis die Abwesenheit des Löffler'schen Bacills mit Sicherheit nachgewiesen ist, die Krankheit als eine diphtheritische zu betrachten.

S. betont die Nothwendigkeit, den nicht diphtheritischen Croup eingehender zu studiren. Oft genug beruht die Dirgnose Strepto- oder Staphylococcen-Croup auf dem negativen Ausschlag einer einzigen Untersuchung des Pharynxschleims.

H. BURGER.

129) **W. R. Smith. Die Zunahme der Diphtherie in Verbindung mit den Elementarschulen. (The prevalence of diphtheria in connection with elementary schools.)** *Lancet. 23. Mai 1896.*

Eine kurze Kritik des von Dr. Smith an den London School Board über diesen Gegenstand erstatteten Berichtes. ADOLPH BRONNER.

130) . . . . **Diphtheritis und Schulbesuch. (Diphtheria and school attendance.)** *Brit. Med. Journ. 9. Mai 1896.*

Kurzer Auszug aus dem Annual Report of the Medical Officer of Health of London. Aus demselben geht hervor, dass die Diphtherie stärkere Verbreitung hat während der Zeit des Schulbesuchs, als während der Ferien.

ADOLPH BRONNER.

131) **M. V. Bell. Die Isolirung der Diphtheriekranken. (The isolation of diphtheria patients.)** *The Med. Fortinghtly. 15. Juni 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

132) **Redact. Notizen. Regulativ des Gesundheitsamts für die Isolirung von Diphtheriekranken in Privathäusern. (Regulations regarding the isolation of cases of diphtheria in private houses by health department.)**

Circular zur Information über die Gefahr der Uebertragung von Diphtherie durch Reconvalescenten. (Circular of information regarding the danger of cases of diphtheria communicating the disease tho others after convalescence.) *N. Y. Medical Record. 21. März 1896. N. Y. Med. Journal. 28. März 1896.*

Abdruck zweier vom New York Board of Health versandten Circulare zur Information des Publikums. LEFFERTS.

133) **F. W. Wright. Begrenzungen contagiöser Krankheiten, besonders des Scharlachfiebers und der Diphtherie. (Limitations of contagious diseases, especially scarlet fever and diphtheria.)** *Yale Med. Journal. Mai 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

134) **Alfred T. Bazin. Reinfection bei Diphtheritis. (Reinfection in diphtheria.)** *Montreal Med. Journal. April 1896.*

B. berichtet über einen Fall, in dem ein Kind von neuem an Diphtherie erkrankte, nachdem es 10 Tage ausser Bett war. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

135) **J. W. Long. Die Diphtheritis; ihre Geschichte, Natur und Ursachen. (Diphtheria — History, nature and cause.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. Mai 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

136) **E. C. Levy. Die Diagnose der Diphtherie. (Diagnosis of diphtheria.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

137) **Schneider** (Oppeln). **Ueber Halsdiphtherie.** *Memorabilien. XL. 3. Heft. 1896.*

Kurze Beschreibung verschiedener Namen von Diphtherie und von Krankheitsformen, die mit Unrecht für Diphtherie gehalten werden. SEIFERT.

138) **Beauchant. Scharlach und frühzeitige diphtheritische Angina. (Scarlatine et angine diphtheritique précoce.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 2. Februar 1896.*

Die Scarlatina tritt oft zur Diphtherie hinzu, modificirt ihren Verlauf und setzt sich bisweilen so vollständig an deren Stelle, dass sie aus dem Rachen die für Diphtherie charakteristischen Mikroben verdrängt. E. J. MOURE.

139) **R. F. Williams. Pathologie der Diphtheritis. (Pathology of diphtheria.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. Mai 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

140) **J. Dutton Steele. Veränderungen im Centralnervensystem bei Diphtherie. (Central nervous lesions in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1896.*

St. legt in der Philadelphia Pathological Society Präparate und Zeichnungen vor von destructiven Processen, die er in den Ganglienzellen der Hirnrinde nach Diphtherievergiftung gestorbener Thiere constatirt hat. Die nachgewiesenen Veränderungen zeigen weitgehende Uebereinstimmung mit den von Berkley nach Vergiftung mit Ricin und mit Alcohol gefundenen. LEFFERTS.

141) **Henschen** (Upsala). **Acute disseminirte Rückenmarks-Sklerose mit Neuritis nach Diphtherie bei einem Kinde.** *Fortschr. d. Medicin. No. 14. 1896.*

Bei einem 11jährigen Mädchen stellten sich nach Diphtherie ganz acut die Erscheinungen von disseminirter Sklerose ein, wie sie bei Kindern bisher kaum anatomisch nachgewiesen ist. Der Process zeigte klinisch das Bild einer Myelitis und zwar in Folge seiner Acuität; die Entstehung derselben wird an leichtesten durch die Toxintheorie erklärt. Bei der Autopsie fand sich eine acute Sclérose en plaques in Verbindung mit einer Neuritis. SEIFERT.

142) **J. J. Thomas** (Boston). **Diphtheritische Hemiplegie. (Diphtheritic hemiplegia.)** *American Journal of the Medical Science. April 1896.*

Sehr eingehende Besprechung von 29 aus der Literatur gesammelten Fällen und 2 eigenen Beobachtungen, Interessenten seien auf die Arbeit selbst verwiesen. P. MC. BRIDE.

143) **H. Timmer** (Amsterdam). **Demonstration expectorirter Diphtherie-Membranen. (Demonstratie van opgehoeste diphtherie-membranen.)** *Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1896. II. No. 8. S. 268.*

Die beiden ziemlich umfangreichen Membranen waren durch den engen Weg eines mässig starken Tubus herausbefördert worden. H. BURGER.

144) **Treitel. Demonstration eines Ausgusses des Larynx, der Trachea und der beiden grossen Bronchien.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 2.*

Das Präparat stammte von einer diphtheritisch kranken Frau, die die 13 cm lange Membran ausgehustet hatte. LANDGRAF.

145) **George Homann. Einige Bemerkungen über die Beziehung zwischen membranösem Croup und Diphtherie, mit localen Statistiken. (Some remarks on the relation of membraneous croup and diphtheria, with local statistics.)** *The Med. Mirror. März 1896.*

Verf. kommt darauf hinaus, dass beide Namen ein und dieselbe Krankheit bezeichnen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

146) **George Reid. Infectiöse Angina und Diphtheritis. (Infectious sore throat and diphtheria).** *British Medical Journal. 30. May. 1896.*

Ein am 15. Mai vor der Epidemiological Society of London gehaltener Vortrag, der ebenso wie die ihm folgende Discussion hochgradig theoretischer Natur war und von Interessenten im Original gelesen werden muss. SEMON.

147) **Carl D. S. Fruh. Schwere Masern, möglicherweise bedingt durch Diphtheritis. (Fatality of measles possibly due to diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 4. April 1896.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles. LEFFERTS.

148) **L. Hektoen. Diphtherie als Mischinfection bei Typhus. Krankengeschichte zweier letaler Fälle. (Diphtheria as a mixed infection in thyphoid fever. Report of 2 fatal cases.)** *Medicine. April 1896.*

Verf. glaubt, dass Diphtherie als Complication von Typhus sehr viel häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

149) **J. M. Taylor. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie mit allmäligem Ausbruch bei einem 2jährigen Kinde; complicirt mit einer rechtsseitigen Lungenhernie infolge von Ablösung der 4. Rippe vom Rippenknorpel. Heilung. (A case of laryngeal diphtheria of gradual onset in a 2 year old child. Complicated by hernia of right lung due to parting of the 4. rib from the costal cartilage. Recovery.)** *Philadelphia Polyclinic. 13. Juni 1896.*

Der Titel sagt das Wesentliche. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

150) **J. F. Jones. Ein sporadischer Fall von Diphtherie. (A sporadic case of diphtheria.)** *Louisville Med. Monthly. April 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

151) **S. G. Gay. Diphtheritis. (Diphtheria).** *Alabama med. and Surg. Age. April 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

152) **G. W. Moody. Croup; eine Reihe von Krankengeschichten. (Croup with report of cases.)** *Med. and Surg. Reporter (N. Y.) 2. Mai 1896.*

Nichts von Interesse. Der Verf. macht einen Unterschied zwischen Diphtherie des Kehlkopfs und croupöser Laryngitis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) **E. D. Peek. Die Diphtheritis; ihre Diagnose, Prognose und Therapie. (Diphtheria; Diagnosis, prognosis and treatment.)** *Charlotte Med. Journ. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

154) **Hennig. Ueber den Werth des Diphtheriebacillus in der Praxis und die Resultate meiner Diphtheriebehandlungsmethode.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 17. Vereinsbeilage No. 13.*

Kurzes Referat über einen auf dem 14. Congress für innere Medicin gehaltenen Vortrag. LANDGRAF.

155) **Edwin J. Kuh. Erfahrungen mit Pyoktanin bei Diphtherie. (Experiences with pyoktanin in diphtheria.)** *The Chicago Med. Recorder. April 1896.*

K. sah keinen Nutzen von der Application dieses Mittels.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

156) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria).** *North American Practitioner. April 1896.*

Eine Zusammenstellung der Behandlungsmethoden, die H. M. Lyman, Wm. E. Quine, Billings, Casselberry u. A. zur Zeit in Anwendung ziehen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

157) **Lawrence F. Flick. Calomel als Specificum bei Diphtheritis. (Calomel as a specific in diphtheria.)** *Medical News. 25. April 1896.*

Verf. giebt Calomel in sehr kleinen Dosen und kurzen Intervallen. 0,0001 bis 0,0005 g Calomel in Zucker oder Milchzucker werden alle 15 Minuten bis $^1/_2$ stündlich trocken auf die Zunge gebracht. Diese Art der Darreichung ist leicht und angenehm. Die Behandlung wird Tag und Nacht durchgeführt, bis alle Krankheitszeichen verschwunden sind. Die Resultate waren hervorragend gute.

LEFFERTS.

158) **Siebert. Diphtheritis (Diphtheria).** *N. Y. Medical Record. 11. April 1896.*

Verf. applicirt in Wasserstoffsuperoxydlösung getauchte Watte am Wattebauschhalter unter rotirender Bewegung und leichter Reibung auf die Pseudomembran. Häufiger Wechsel des Wattebausches und der Lösung sind erforderlich. Mit Geduld, Zeit und häufiger Wiederholung der Application gelingt es allmälig, die Membranen ganz zum Verschwinden zu bringen. LEFFERTS.

159) **J. B. Turner, Behandlung des Nasenblutens bei Diphtheritis. (Treatment of epistaxis in diphtheria.)** *Philadelphia Polyclinic. 21. März 1896.*

Innerlich Ergotin und Tamponade der Nase mit einem in Alaunlösung getauchten Wattebausch. FROTHINGHAM (LEFFFRTS).

160) **E. Alexander. Die erfolgreiche Behandlung der Diphtheritis ohne Serum. (The successful treatment of diphtheri\ without antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1896.*

A. giebt 7,50—15,0 g von dem Fluid-Extract von Phytolacoa und 1 Tropfen

Tinct. Aconiti in einer Mixtur von 120 g, von der der Patient $^1/_2$- oder 1stündlich einen Theelöffel voll nimmt. Die interne Medication jedoch hat stets nur eine secundäre Bedeutung, vor Allem wichtig ist doch die Localbehandlung der Diphtheritis. Für diese empfiehlt Verf. Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung oder aber, da diese etwas kostspielig ist, eine Lösung von Carbolsäure, Eucalyptusöl und Jodtinctur in verdünntem Aqu. cinnammonii. LEFFERTS.

161) **G. W. Moody. Croup. (Croup.)** *Journal of Practical Medicine. Juni 1896.*

Verf. rühmt das Veratrin. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

162) **J. E. Fackler. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Medical Review. 6. Juni 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

163) **H. Jackson. Fütterung durch die Nase bei Diphtherie. (Nasal feeding in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 13. Juni 1896.*

Verf. empfiehlt für manche Fälle von Diphtherie die Ernährung durch eine durch die Nase in den Oesophagus eingeführte weiche Sonde. Dies ist leicht ausführbar und so wird der Erschöpfung der Kräfte des Kindes am besten vorgebeugt. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

164) **Chas. M. Shields. Die Diphtheritis und ihre Lokalbehandlung. (Diphtheria — Local treatment.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. Mai 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

165) **J. N. Upshur. Allgemeinbehandlung der Diphtherie. (General treatment of diphtheria.)** *Virgina Med. Semi-Monthly. Mai 1896.*

Verf. giebt grosse Dosen von Eisenchlorid, Alkohol und Strychnin.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

166) **Cyril Ogle. Papillom der Trachea nach Tracheotomie wegen Diphtheritis. (Papilloma of trachea following tracheotomy for diphtheria.)** *British Medical Journal. March 21. 1896.*

Bericht des Falles am 17. März 1896 vor der Pathological Society of London. Die Neubildung nöthigte, trotz ihrer Kleinheit, zu einer zweiten Tracheotomie. Sie sass an der Stelle der ersten Operation. Mr. W. F. Spencer, Mr. S. G. Shattock, Dr. Hale White und der Vorsitzende (Mr. Golding Bird) stimmten darin überein, dass die Neubildung viel wahrscheinlicher ein Granulom als ein Papillom sei (es war noch keine mikroskopische Untersuchung angestellt worden). Mr. James Berry erwähnte beiläufig, dass verschiedene Fälle bekannt seien, in denen Tracheotomie in dem Glauben gemacht wäre, dass Diphtheritis vorhanden sei, während es sich in Wirklichkeit um Papillom handelte, und der Vorsitzende gedachte zweier ihm selbst bekannter Fälle, in denen dieser Irrthum begangen ist. SEMON.

167) **R. M. Harbin. Die Nachbehandlung nach der Tracheotomie bei membranösem Croup; Bericht über 4 Fälle, von denen 3 glücklich verliefen. (The after treatment of tracheotomy cases for membranous croup with an observation on 3 successful cases out of 4.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Mai 1896.*

H. empfiehlt den beständigen Gebrauch von Kalkwasser als Lösungsmittel; er wendet dasselbe als Spray an und tropft es in die Trachealwunde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

168) **B. Kyriakos. Neueste Behandlung des Croups mit Intubation des Kehlkopfs.** *(Νεωτάτη θεραπεία κατὰ τῆς ὑμενογόνου λαρυγγίτιδος διὰ τῆς διασωληνώσεως τοῦ λάρυγγος.) Γαληνός. 1895. No. 4 u. 7.*

Ausführliche Besprechung der Intubation mit Bericht über 6 Fälle, in denen dieselbe mit Erfolg ausgeführt wurde. SENTINON.

169) **Guillaume** und **Hébert. Bericht über die ersten Intubationen des Kehlkopfs bei Croup im Allgemeinen Krankenhause von Rouen. (Note sur les premiers tubages du larynx pour croup à l'hospice général de Rouen.)** *Normandie médicale. 1. März 1896.*

Die Intubation ist nach den Verff. eine relativ leichte Operation und bietet erhebliche Vortheile vor der Tracheotomie. Die Kinder genesen schneller und die Gefahr broncho-pulmonärer Infection ist geringer. Es giebt Fälle, in denen die Tracheotomie nothwendig ist und man soll nicht intubiren, ohne für die blutige Operation gerüstet zu sein. Die Verff. berichteten über drei Fälle, die alle zur Heilung kamen. A. CARTAZ.

170) **Ollivier** (Lausanne). **Von der Intubation bei Croup. (Du tubage dans le croup.)** *Revue méd. suisse rom. No. 10. 1896.*

Verf. ist für die Methode sehr eingenommen nach seinen ziemlich zahlreichen Erfahrungen im Lausanner Spital. Der Möglichkeit des Zurückschiebens von Membranen und daheriger böser Zufälle nimmt er die Bedeutung, indem er nachweist, dass factisch bis jetzt nur ein einziger hierdurch bedingter Todesfall bekannt sei und dieser einzige sich obendrein noch anders erklären lasse. Das zwar seltene Nichtgelingen der Intubation giebt er auch zu. Bei vorgerücktem Croup solle man die Intubation nicht versuchen, ohne alles zur Tracheotomie vorbereitet zu haben.

Ueber das intubirte Kind sagt er: „es athmet ganz gut; wirft leicht aus; es nährt sich ganz genügend; Geschwüre sind nicht zu fürchten". — (Nach mündlichen Angaben Hagenbach's an den Ref. treten immerhin nicht selten Decubitusgeschwüre mit bösen folgenden Stenosen auf. — „Die Verstopfung und das Auswerfen der Canüle sind so zu sagen niemals von schlimmen Folgen; Pneumonie tritt nicht häufiger auf als bei Tracheotomie".

Die Wiederentfernung der Canüle bewerkstelligt O., da er den Faden von Anfang an verwirft, mittelst des sogenannten „Daumengriffes" (le ponce) resp. der „Digitalenucleation". Druck auf die Trachea mit dem Daumen am unteren Ende der Canüle von unten nach oben und gleichzeitiges rasches Vorwärtswerfen des Kopfes. Diese Handgriffe sollen nie im Stiche lassen. Die mittlere Dauer der

Intubation vor der Serotherapie war 79, jetzt ist sie nur noch 60 Stunden bis zur definitiven Entfernung.

Bleibende Heisarkeit resultire nie aus der Intubation. Die Tracheotomie solle fortan nur im äussersten Nothfalle, bei Unmöglichkeit der Intubation und bei durch dieselbe bewirkter mechanischer Asphyxie ausgeführt werden. Bezüglich einzelner gegnerischer Behauptungen spricht sich O. die genügende Erfahrung ab. JONQUIÈRE.

171) **M. M. Franklin. Die Intubation des Kehlkopfs bei Diphtheritis; mit 25 Krankengeschichten. (Intubation of the larynx in diphtheria, with report of 25 cases.)** *N. Y. Med. News. 25. Juli 1896.*

22 Patienten kamen zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) **T. H. Brannan. Drei Fälle von Intubation des Kehlkopfs. (3 Cases of intubation of the larynx.)** *Cleveland Journal of Medecine. October 1896.*

Die 3 Patienten waren diphtheriekranke Kinder.

FROTHINGHAA (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

173) **A. Baurowicz. Ueber Phonationscentren. (O osrodkach i nerwach krtaniowych ze wzgladu na tonacya.)** *Przeglad lekarski. No. 29. 30. 31. 1896.*

Verf. resumirt den gegenwärtigen Stand der Frage, indem er genau das Verhältniss des Sprach-Centrums zu dem Vagus- und Accessorius-Nerven schildert.

A. v. SOKOLOWSKI.

174) **R. Botey** (Barcelona). **Ein Fall von nervösem, rhythmischem und unaufhörlichem Husten, vom Rachen herrührend. (Un caso de tos nerviosa, ritmica y continua de causa faringea.)** *Arch. Latin. de Rinol., Laringol., Otolog. No. 69/70. 1896.*

Im genannten Falle waren keine anderen Anomalien im Athmungscanale vorhanden als 3 oder 4 ein wenig geschwellte Granulationen, welche, wenn man sie mit einem Stilet berührte, jedesmal augenblicklich einen Anfall von Husten hervorriefen, durch den die Kranke monatelang gequält wurde. B. touchirte die Granulationen mit einer 20procentigen Cocainlösung, nachher zerstörte er dieselben mit dem Galvanocauter. Der Husten verschwand vollständig. B. empfiehlt, in dem Falle wo ein Kranker die Symptome eines hartnäckigen Hustens ohne offenbare Localisation in dem Athmungscanale darbietet, mit einem Stilet den Reflex-Ursprungspunkt zu suchen, besonders wenn es sich um eine hysterische oder neurasthenische Person handelt. Autoreferat.

175) **Reiser** (Genf). **Klinische Studie über den Keuchhusten mit Beobachtungen aus dem Haus kranker Kinder. (Etude clinique de la Coqueluche avec observations recueillies à la Maisson des enfants malades.)** Genfer Dissertation. Genf bei P. Dubois. 1896.

Umfangreiche ziemlich gründliche Arbeit von 125 Seiten, welche nicht die

vollsiändige Behandlung des Themas, sondern hauptsächlich das Studium der Complicationen der Krankheit im Auge hat. Die 4 Theile der Arbeit sind: Der allgemeine Krankheitsverlauf; das Wesen und die Theorien der Krankheit; drittens möglichst vollständige Beschreibung der Complicationen; viertens Therapeutisches. Die Theorien von derjenigen der Vagus- und Phrenicuscompression an bis zu den heutigen von der speciellen Interarytänoidlocalisation mit zu Grundelegung einer mikrobischen Ursache in Gestalt der Affanasieff'schen Zellen oder der Ritter'schen Diplokokken, werden eingehend besprochen. In dem Krankenmaterial von 112 Fällen werden nach Wiedergabe zahlreicher Krankengeschichten nur 25 als ohne Complication, dagegen 26 = 23,2 pCt. als letal verlaufen angeführt. Unter den Complicationen steht die Bronchopneumonie obenan in 18 Fällen. Ihr folgen die Grippe mit 9, Stomatitis ulcerosa mit 8, Varicellen mit 7, Tuberculose mit 7, Nasenblutungen und Gesichtsödeme mit je 5, Impetigo mit 4, Chlorose mit 2, allgemeine Convulsionen mit 3 Fällen u. a. m. mit je einem Exemplare. Die Therapie ist mager behandelt und enthält nichts Besonderes. Die 2 mittleren Theile der Arbeit sind lesenswerth. JONQUIÈRE.

176) **J. Ritter. Ueber den Keuchhusten.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 47. Deutsch. med. Wochenschr. 1896. Vereinsbeilage No. 28.*

R., der sich seit Jahren mit dem Keuchhusten intensiv beschäftigt, berichtet über 1163 in den letzten 5 Jahren beobachtete Fälle. Einen Einfluss der Jahreszeiten konnte er nicht constatiren, dagegen entschieden Familiendisposition für die bezw. zur Abwehr der Infection. In 147 daraufhin untersuchten Fällen vermisste er den von ihm Diplococcus tussis convulsivae genannten Krankheitserreger nie. R. schildert dann die Eigenthümlichkeiten dieses Coccus. Für die Behandlung kann nur Chinin und Bromoform in Frage kommen. Auf Grund seiner Erfahrungen giebt er dem Bromoform den Vorzug. LANDGRAF.

177) **F. Craig. Lähmung des 6. u. 7. Hirnnerven bei einem Keuchhustenkranken. (Paralysis of the sixth and seventh nerves occuring in a patient with whooping cough.)** *Brit. Med. Journ. 13. Juni 1896.*

Es handelte sich um ein Kind von 3 Jahren. Die Lähmung war wahrscheinlich durch eine kleine Hirnblutung bedingt; der Heerd lag wohl nahe dem Abducenskern. ADOLPH BRONNER.

178) **Oppenheim. Hirnhämorrhagie als Complication des Keuchhustens.** *Deutsch. med. Wochenschr. 1896. No. 17.*

Nach einem Hinweis auf die Seltenheit der Complication (Roger, Fritsche, Silex, Cazin, Troitzky, Henoch) berichtet O. folgenden Fall: 8jähriger Knabe, der im Uebrigen vorher gesund, jetzt an Keuchhusten litt, gerieth in einen Zustand von Somnolenz, dann traten Zuckungen im rechten Facialisgebiet auf, die nach und nach auf die ganze rechte Körperhälfte übergriffen. Vorübergehend Temperaturanstieg auf 39,2. Vom 3. Tage ab Verminderung der Anfälle und Eintritt schlaffer Lähmung des rechten Armes und Beines mit Aufhebung der Reflexe dieser Seite. Vom 6. Tage ab wird das Sensorium freier, es macht sich

Andeutung von Aphasie bemerkbar. Am 10. Tage wird die Sprache correct. Heilung nach 3 Wochen.

LANDGRAF.

179) **Jarke** (Kiel). **Ein Fall von acuter symmetrischer Gehirnerweichung bei Keuchhusten.** *Arch. f. Kinderheilk. XX. 3. 4. 1896.*

Bei einem 7jährigen an Keuchhusten leidenden Kinde, das verschiedene Lähmungserscheinungen dargeboten hatte, fanden sich bei der Section zwei bis wallnussgrosse Erweichungsherde in jeder Hemisphäre. Die Entstehung derselben wird auf die durch wiederholte Circulationsstörungen bedingte Läsion einzelner Gefässwände im Gehirn zurückgeführt, welche im Verein mit der durch die Keuchhustenanfälle entstehenden Hyperämie die Herdentzündungen einleitete.

SEIFERT.

180) **Theodor** (Königsberg i. Pr.). **Zwei Fälle von Hemiplegie bei Keuchhusten. Ein Fall von Hemiplegie und Chorea minor bei Keuchhusten.** *Arch. f. Kinderheilk. XX. 3. 4. 1896.*

Bei 2 Kindern trat im Verlaufe von Keuchhusten in Folge einer traumatischen Hirnblutung in der Gegend der inneren Kapsel eine Hemiplegie auf. In dem ersten Falle entwickelte sich etwa 3 Monate nach der Apoplexie eine Chorea, die erst in den ursprünglich gelähmt gewesenen Extremitäten sich bemerkbar machte.

SEIFERT.

181) **Bernhardt. Ueber Rückenmarkserkrankungen bei Keuchhusten.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 50.*

B. beobachtete bei einem 5jähr. Mädchen eine sich klinisch als spastische Spinalparalyse erweisende, mit leichten Sensibitätsstörungen und nicht bedeutender Beeinträchtigung der Blasenfunction einhergehende Erkrankung, welcher wahrscheinlich eine myelitische Affection zu Grunde lag. Ausgang in Heilung.

LANDGRAF.

182) **Moizard. Behandlung des Keuchhustens mit Einblasung antiseptischer Pulver in die Nase. (Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales des poudres antiseptiques.)** *Journ. de méd. et chir. pratiques. 10. August 1896.*

M. empfiehlt auf's Neue die Methode von Michael, mit der er in sehr vielen Fällen vorzügliche Resultate erzielt hat. Er benutzt folgende Mischung, die er 4—5 mal täglich einblasen lässt:

Benzoin. pulver.	
Bismuth. salicyl. ana	10,0
Chinin. sulfur	2,0

A. CARTAZ.

183) **v. Noorden** (Frankfurt a. M.). **Ueber Euchinin.** *Centralbl. f. innere Med. 48. 1896.*

Unter dem Namen Euchinin ist von den Vereinigten Chininfabriken zu Frankfurt ein Chininkarbonsäureaethylester dargestellt, welchem die charakteristischen Heilwirkungen des echten Chinins zu eigen sind, während störende Eigenschaften wie z. B. der schlechte bittere Geschmack, die Benachtheiligung

des Appetits, Erregung von Uebelkeit völlig in Wegfall kommen und andere Nebenwirkungen wie Ohrensausen, Eingenommenheit des Kopfes erheblich schwächer ausfallen. Unter den 15 Fällen von Keuchhusten war 12 mal ein vortrefflicher und schneller Erfolg des Euchinins zu constatiren, 1 mal war der Erfolg unbefriedigend, 2 mal versagte es vollständig. Kindern giebt man das Mittel in Milch, Suppe oder Cacao, 1 g Chininsalz ist gleichwerthig mit $1^1/_2$—2 g Euchinin.

SEIFERT.

184) **K. A. Oikonomos** (Pyrgos). **Beitrag zur Behandlung der schweren katarrhalen Laryngitis spasmodica seu stridula.** *(Συμβολὴ εἰς τὴν θεραπαίαν τῆς βαρείας καταρροικῆς σπασμοδικῆς ἢ τριζώδους λαρυγγίτιδος.) Γαληνός. 1895. No. 50. 1896. No. 1.*

Die Behandlung in den zwei vom Verf. berichteten Fällen, Kinder von 4 und $3^1/_2$ Jahren betreffend, bestand in heissen Umschlägen um den Hals, Senfteig auf die Extremitäten, Anfeuchten der Luft durch Wasserdampf und innerlich Bromkalium, 3—3 g täglich. Bei beiden Kindern trat der erste Anfall um Mitternacht auf. Verf. beobachtete, dass die folgenden Anfälle heftiger waren, wenn sie früher und schwächer, wenn sie später auftraten als der erste Anfall.

SENTINON.

185) **Mérigat de Treigny. Der essentielle Ictus laryngis. (De l'ictus laryngé essentiel.)** *Journal des praticiens. 13. Juni* 1896.

Einfache literarische Zusammenstellung; nichts Neues.

A. CARTAZ.

186) **Rehn. Die Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes im Lichte eines Heileffects.** *Berl. klin. Wochenschr.* 1896. *No. 33.*

Der Stimmritzenkrampf befällt ausnahmslos fehlerhaft ernährte Kinder. Von den Theorien für seine Erklärung bleiben nur 2 discutabel 1) Reflexkrampf von den sensiblen Vagusenden ausgelöst. 2) directe Reizung bestimmter Hirncentren bei rachitischen Veränderungen am Schädelknochen. R. bringt 5 Fälle, in denen die Substitution einer Amme an Stelle künstlicher Nahrung fast unmittelbar Aufhören der Anfälle zur Folge hatte. Auf Grund dessen entscheidet sich R. für die erste Theorie.

LANDGRAF.

187) **Loos** und **Fischl. Spasmus glottidis.** *Berl. klin. Wochenschr.* 1896. *No. 40.*

Loos und Fischl waren die Referenten über obiges Thema in der Section für Kinderheilkunde der Frankfurter Naturforscherversammlung und das Referat über die sich anschliessende Discussion zeigt, wie weit die Meinungen noch auseinandergehen.

LANDGRAF.

188) **Vergniaud. Die Behandlung des Zwerchfell-Glottis-Krampfes bei Säuglingen. (The treatment of phrenoglottic spasm in sucklings.)** *N. Y. Med. Journal. 14. November* 1896.

Verf. lässt während des Krampfes 1 oder 2 Tropfen Chloroform einathmen und verschreibt folgendes Medicament:

Tinct. Musc. 20 Trpfn.
Tct. Belladonnae 10 „
Aqu. Laurocerasi 7,2 g
Syr. Cort. Aurant. 18,0 „
Fqü. Lactucar. 90,0 „
M. D. S. 2 mal täglich 5—6 Theelöffel voll zu nehmen. LEFFERTS.

189) W. Faur. **Zur Aetiologie der Stimmbandparalysen. (K etiologig poralitschei golosowich swjasok.)** *Ruski archiw palologi-klinitsch. mediziniet. 20. April 1896.*

F. beschreibt einen Fall von linksseitiger Stimmbandlähmung bei rechtsseitigem Pleuraexsudat; links trockene Pleuritis. Da durch das Exsudat das Herz um 2 Finger breit nach links verrückt war, so nimmt der Autor eine Traction des Recurrens oder eventuell rhythmische Schlagwirkung durch den Blutstoss auf denselben als Ursache der Lähmung an. Als das Exsudat sich resorbirte, kehrte die Stimme wieder.

Um seine Annahme zu begründen, machte Verf. einige Leichenversuche. Sobald in die rechte Pleurahöhle soviel Wasser gegossen wurde, dass das Herz verschoben wurde, so konnte jedesmal eine Traction am Recurrens constatirt werden. P. HELLAT.

190) Danziger. **Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der Polyneuritis (puerperalis).** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 4. 1896.*

Nach Mittheilung von 4 Fällen anderer Autoren fügt D. eine Krankengeschichte eigener Beobachtung bei, von einer 21jährigen Frauensperson, bei der sich 14 Tage nach der Entbindung Beschwerden beim Schlingen und Heiserkeit einstellten. Die Untersuchung ergab Lähmung des Velum und rechtsseitige Recurrenslähmung. Heilung. SCHECH.

191) Mader. **Casuistische Mittheilung aus dem Rudolfs-Spitale, Wien.** *Wien. med. Presse. No. 36.* 1896.

Ein 43jähriger Patient mit Tabes zeigte unter anderen Erscheinungen eine linksseitige Posticuslähmung. Das linke Stimmband steht bei der Inspiration völlig bewegungslos, nach rechts gestellt. Rechtes Stimmband functionirt prompt, desgleichen sind die Phonationsbewegungen ganz normal. Gaumenbewegung und Reflexe ungestört. Die Sprache war eigenthümlich näselnden Charakters. Die Obduction ergab: Gehirnsubstanz etwas zäher, Ventrikel erweitert. Am Durchschnitt des obersten Cervicaltheiles des Rückenmarkes graue Verfärbung, die im Dorsalmarke undeutlicher wird. CHIARI.

192) J. Portela (Cadiz). **Ein Fall von Rachen-Kehlkopfslähmung infolge Verletzung des Spinalis. (Un caso de paralisis faringo-laringea por lesion del espinal.)** *Archiv Latin. de Rinol., Laringol., Otolog. No. 65/66.* 1896.

Der von P. mitgetheilte Fall hat nicht identificirt werden können wegen der Weigerung der Kranken sich operiren zu lassen. Es handelte sich um eine fast vollständige Lähmung der Abductoren mit starker Dyspnoe und Unvermögen des

Schluckens, d. h. Association einer Lähmung des Kehlkopfs mit derjenigen des Rachens. Da die Anamnese der Kranken und die Prüfung der Nachbarorgane resultatlos blieben, so glaubt Verfasser seinen Fall auf eine centrale Störung zurückführen zu dürfen, betreffend die Ursprungskerne des inneren oder oberen Astes des elften Paares; er geht dabei von der Vermuthung aus, dass die genannte Lähmungsassociation, obgleich sie keinerlei Störung seitens der Zunge und der Lippen hervorrief, die Diagnose der Spinalverletzung rechtfertigt. R. BOTEY.

193) **Zwillinger. Kehlkopflähmung in Folge eines Processes an der Gehirnbasis.** *Monatschr. f. Ohrenh. No. 2.* 1896.

Rechtsseitige Facialisparalyse, Abducensparalyse, Rachen- und Kehlkopflähmung, Trigeminusanästhesie und Acusticuslähmung infolge einer Meningitis basilaris syphilitica. Beträchtliche Besserung nach einer Jod- und Inunctionscur.

SCHECH.

194) **Paul Raugé** (Challes). **Zehn Fälle von Kehlkopflähmung aus chirurgischer Ursache. (Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale.)** *Associat. française de chirurgie. 21. October* 1896.

Die 10 Fälle, die Verf. aus seinen eigenen Beobachtungen zusammenstellt, umfassen: 5 Fälle von Schilddrüsentumor, 2 Fälle von Halsdrüsenerkrankung, 1 Fall von Oesophaguscarcinom, 1 Fall von Pott'scher Krankheit der Halswirbelsäule und 1 Aortenaneurysma. In 9 Fällen war nur 1 Stimmband gelähmt (5mal das linke, 4 mal das rechte); in 1 Falle (Carcinoma oesophagi) war die Lähmung doppelseitig. In der Mehrzahl der Fälle (6) war das Stimmband in Cadaverstellung fixirt, seltener (4 mal) in Adductionsstellung. Im ersteren Falle bestanden im allgemeinen sehr erhebliche Stimmstörungen, in letzterem beobachtete man nur eine Störung der Athmung und die Fälle der zweiten Categorie wären überhaupt nicht zur Kenntniss gekommen, hätte man sie nicht laryngoskopisch untersucht. Autoreferat.

195) **Mutsaut. Fall von Encephalitis complicirt mit Aphasie. (Cas d'encephalite compliquée d'aphasie.)** *La Clinique. No. 16.* 1896.

Apoplektiker mit rechtsseitiger Hemiplegie und Verminderung der Sensibilität; welche sich mit Aphasie einen Tag nach der Attaque einstellten; letztere war dadurch charakterisirt, dass Patient absolut nicht im Stande war, Namen eines bestimmten Gegenstandes auszusprechen, dagegen vollständige Integrität für die Articulation der Worte bewahrt hatte. Bei der Autopsie fand man gelbe und etwas rostbraune Heerderweichung der Hirnconvolutionen der einen Seite der linken Gehirnhemisphäre und einen Herd von gleichem Aussehen am untern Theil der gleichseitigen aufsteigenden Parietalconvolution. Crocq, aus dessen Klinik der Fall stammt, schliesst Embolie und Haemorrhagie als Ursachen aus und schreibt die Störungen einer Encephalitis zu. BAYER.

196) **Robert Morris. Ein interessanter Fall von Aphonie. (An interesting case of aphonia.)** *Brit. Med. Journ. 21. März* 1896.

20jähriges Mädchen verlor vor 6 Monaten, durch eine Maus erschreckt, die

Stimme. Die Bewegungen der Stimmbänder waren normal. Es handelte sich wohl um den von Charcot als hysterische Stummheit beschriebene Zustand.

ADOLPH BRONNER.

197) **Zuppinger** (Rudolfspital Wien). **Casuistischer Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Mutismus bei Kindern.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 35.* 1896.

Ein 12jähriger Knabe wurde nach einem hysteroepileptischen Anfalle unter anderem absolut aphasisch und aphonisch, selbst sein Husten war ganz tonlos. Während sich im Laufe einiger Tage alle anderen Erscheinungen zurückbildeten, blieb Patient stumm. Der laryngoscopische Befand lautete: „Störungen der Larynxinnervation, indem bei der Aufforderung zu phoniren bald die weite Inspirationsstellung nicht verlassen wird, bald wieder die Glottis krampfhaft geschlossen wird und in dieser Stellung längere Zeit verharrt. Hypnoseversuche misslangen. Verbalsuggestion, locale Electrotherapie. Zuerst besserte sich die Aphasie und erst nach einigen Monaten konnte Patient vollständig klar und correct sprechen.

CHIARI.

198) **Godts. Einige Betrachtungen über die Aphonie, gelegentlich zweier Fälle Fälle von Simulation dieser Affection. (Quelques considérations sur l'aphonie, à propos de deux cas de cette affection.)** *Arch. med. Belges. Mars* 1896.

In beiden Fällen war nicht die mindeste Spur irgend einer Störung im Kehlkopf nachzuweisen; nur allein die Erklärung des Chefarztes den Kranken gegenüber, dass er „bezüglich ihres Zustandes völlig unbesorgt sei, und dieselben so lange im Spital behalten werde, bis sich der Gebrauch der Stimme wieder eingestellt“, konnte diese bewegen, eine allmälige Besserung eintreten zu lassen und zu gleicher Zeit mit „lauter heller Stimme“ ihre Entlassung aus dem Spitale zu verlangen.

BAYER.

199) **W. Permewan. Der Nasenrachenraum in Beziehung zur Stimme. (The naso-pharynx in relation to voice.)** *Liverpool Med. chir. Journ. Januar* 1896.

Vergrösserung der Rachentonsille oder auch ein blosses Knötchen in der Mittellinie des Nasopharynx können mechanisch Verstopfung verursachen. In anderen Fällen sind die laryngealen Symptome reflectorischer Natur; gewöhnlich liegt dann eine Parese der Kehlkopfmuskeln vor.

ADOLPH BRONNER.

200) **R. Botey** (Barcelona). **Ein Fall von Eunuchenstimme. (Un caso de voz eunucoidea.)** *Arch. Latin. de Rinol., Laringol., Otolog. No. 61/62.* 1896.

Im Anschluss an einen Fall von Eunuchen-Stimme, den er in der Academie der medicinischen Wissenschaften vorstellte, beschäftigt sich Verf. mit der Orthophonie als einzigen Behandlungsweise. Unter der Eunuchen-Stimme versteht er eine specielle, um eine Octave höhere Stimme als die gewöhnliche, die gewisse Individuen bekommen, einige Zeit nachdem sich bei ihnen die ersten Symptome des Stimmwechsels bemerkbar gemacht haben. Ihr Klang ist analog dem der kindlichen Stimme, obgleich er mehr der weiblichen Sopranstimme ähnelt, denn seine Intensität ist wegen der kräftigeren Lungen grösser. Der Kehlkopf ist von normalem Umfang. Die Ursache ist also rein functionell, der Mechanismus erklärt

sich durch den bedeutenden Wechsel, den in kurzer Zeit die Entwicklung des Kehlkopfes nach derjenigen der Geschlechtstheile erleidet. Um diesen Fehler zu überwinden, ist es nöthig, die Kehlkopfmuskeln daran zu gewöhnen, sich auf eine normale Weise zu contrahiren in der Conversationssprache, indem man Brusttöne und nicht Fisteltöne hervorbringt. -- Verf. bedient sich eines speciellen Systems in der Orthophonie. Autoreferat.

201) **G. Hudson Maknen. Sehr schnelle Entwicklung der Sprache bei einem Erwachsenen nach Operation des Zungenbändchens. (Rapid speech development in an adult following an operation for tongue-tie.)** *N. Y. Med. Journ. 20. April* 1895.

Ausführliche und recht interessante Krankengeschichte; das Wesentlichste geht aus dem Titel hervor. LEFFERTS.

202) **Freytag. Sigmatismus nasalis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29.* 1896.

Demonstration eines Falles in der medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg, ein 14jähriges Mädchen betreffend, bei welchem man während der Ausprache der S. und mit S. verwandten Zischlaute die Luft mit einem stenosenartigen Geräusch durch die Nase blasen hört. Die Ursache war mangelnder Abschluss der Nasenrachenhöhle von der Mundhöhle infolge abnormer Kürze und Rigidität des Gaumensegels, auch bestand eitriger Nasenrachencatarrh und Otitis media purulenta. SCHECH.

203) **Coën. Der Sigmatismus und seine Varietäten. (Du sigmatisme et de ses variétés.)** *Rev. internat. de rhinologie etc. No. 1. Januar* 1896.

Studie über die reguläre Aussprache des s, ch, j und z, über die Fehler bei der Aussprache dieser Consonanten und die Methode, nach der Verf. dieselben behandelt. E. J. MOURE.

204) **G. H. Maknen. Krankengeschichte und Vorstellung eines Falles von ungewöhnlichem Sprachfehler. (Report and exhibition of a case of unusual speech defect.)** *Philadelphia Polyclinic. 16. Mai* 1896.

Der Defect war verursacht durch eine Retraction des Unterkiefers und die complete Annäherung zwischen weichem Gaumen und Zungenrücken. Der Kranke lernte den Fehler überwinden, indem er deu Kiefer nach vorn drängte und die richtige Handhabung der Zunge einübte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

205) **W. Oltuszewski. Allgemeine Betrachtungen über Sprachstörungen (Ogólne uwagi nad zboczeniami mowy.)** *Przeglad lekarski. No. 35.* 1896.

Im Laufe von 1892—95 wurden von Verf. 411 Kranke mit verschiedenen Sprachstörungen beobachtet und zwar 251 Fälle von Stottern, eine Störung, die O. als eine functionelle Krampfneurose betrachtet. Als Therapie wurden vom Verf. methodische Sprachübungen angewendet, von anderen Sprachstörungen kamen 90 Fälle von Stammeln, 5 Fälle von Poltern, endlich 66 Fälle von Aphasie zur Beobachtung; von den letzteren wurde in 4 Fällen ein sehr günstiges Resultat mittelst methodischer Sprachübungen erzielt. A. v. SOKOLOWSKI.

206) **Schereschewsky** (Königsberg). **Untersuchungen stotternder Schulkinder mit besonderer Berücksichtigung des Kehlkopfes.** Dissert. Königsberg. 1896.

Mit Kafemann untersuchte Sch. neben den anderen Organen die oberen Luftwege speciell den Kehlkopf von 76 stotternden Schulkindern. Den Torus palatinus traf Sch. bei 20 pCt. der untersuchten Kinder und zwar waren die betr. Kinder durchweg sehr schwächlich, anämisch oder scrophulös. Bei 11 Kindern handelte es sich um bei der Phonation auftretende Coordinationsstörungen und zwar in 6 Fällen um hyperkinetische Störungen (Aphonia spastica), bei 3 Fällen um atactiforme Bewegungen der Stimmbänder bei der Intonation, während die respiratorischen Bewegungen vollkommen normal waren. Im Anschluss an diese Untersuchungen wird über eine durch die Operation adenoider Vegetationen herbeigeführte Heilung des Stotterns berichtet. SEIFERT.

207) **Schwendt** und **Wagner** (Basel und Strojodiz). **Die im Kindesalter am häufigsten vorkommenden Sprachgebrechen.** Basler Dissert. bei Chr. Krusi's Wittwe. Basel 1896.

Genauere Unterscheidungen zwischen Stottern und Stammeln; functionelles und organisches Stammeln. Fernere Anomalien: Poltern und Hapern (?). Genaue Besprechung der bekannten causalen Verhältnisse. Verbreitung unter den Schulkindern: Von den unteren nach den oberen Klassen nimmt das Stammeln ab und verschwindet fast ganz, das Stottern dagegen, als Neurose, nimmt zu. Vorkommen bei Schwachsinnigen: Das Stammeln sehr häufig, das Stottern selten. Ergebnisse der Untersuchungen in den Specialklassen für schwachsinnige Kinder in Basel genau detaillirt bezüglich der sogenannten Sprachfehler. Therapie: erzieherische, örtliche etc. je nach den Ursachen. Eine recht sorgfältig und instructiv ausgearbeitete kleine Schrift von 36 Seiten mit Literaturverzeichniss. JONQUIÈRE.

208) **G. H. Maknen. Ein Fall von Stottern verursacht durch adenoide Vegetationen und das Resultat der Behandlung. (A case of stammering due to adenoid vegetations and the result of treatment.)** *Dunglion's College and Clinical Record. Juli* 1896.

Durch die Entfernung der Adenoiden wurde der Fall geheilt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

209) **T. B. Keyes. Die Hypnose bei der Behandlung des Stotterns. (Hypnotism in the cure of stammering.)** *Columbus Med. Journ. September* 1896.

K. hat 2 Patienten im Alter von 22 und 26 Jahren durch Hypnose geheilt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

210) **Bok** (Stuttgart). **Das Stottern und seine Behandlung.** *Medic. Correspondenzblatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 42.* 1896.

Ausser der Allgemeinbehandlung, ausser der Beseitigung von Störungen in Nase und Nasenrachenraum kommt für die Behandlung der Stotterer hauptsächlich die didactische Methode in Betracht, welche auf die Beseitigung unzweckmässiger Mitbewegungen, wie das Geläufigmachen der nothwendigen Bewegungen bei der Bildung der einzelnen Laute gerichtet sein muss. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

211) **Redact. Notiz. Die Entwicklung der Schilddrüse. (The development of the thyroid gland.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 2. Mai 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

212) **Duccreschi** (Florenz). **Ueber die Bluteiweissstoffe des Hundes im Verhältniss mit den Folgen der Schilddrüsenexstirpation.** *Centralbl. f. Physiol. 1895. No. 10.*

In der den Krämpfen vorhergehenden Periode der Cachexia strumipriva steigt die procentuelle Menge der Serumalbumin und vermindern sich die Globuline, d. h. es findet ein Nachlass des Stoffwechsels der Gewebe statt.

In einer zweiten Periode, d. h. wenn die Krämpfe hervortreten, bis zum Ende zeigt sich eine vorschreitende Erhöhung der Globuline und eine Verminderung der Serumalbumine. Also erst Zu-, dann Abnahme der Eiweissquotienten.

Durch das Nachlassen des Stickstoffwechsels könnten im Blute einige Producte von unvollständigen oder abnormen Spaltungsprocessen der stickstoffhaltigen Substanzen zurückbleiben und zu Ursachen der Cachexia strumipriva werden.

A. ROSENBERG.

213) **Roland S. Lindsay. Eiterung der Schilddrüse nach Diphtherie. (Suppuration of the thyroid gland following diphtheria.)** *Philadelphia Polyclinic. 11. April 1896.*

11jähriges Kind; die Vereiterung der Schilddrüse kam $3^1/_2$ Monate nach der Diphtherie zur Beobachtung. Schwellungen der Submaxillaris, Parotis und der hinteren Halsdrüsen waren vorhergegangen, aber bereits wieder verschwunden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

214) **Bachmann** (Bärentschweil). **Ueber das Wachsthum des Strumacarcinoms.** Züricher Dissertation. Orell Füssli. Zürich 1895.

Es wird sonst angenommen, dass das Carcinom in die Umgebung eindringend, diese verdrängt und vernichtet, dass es aber noch eine Verbreitung gebe, bei welcher das in der Umgebung vorhandene gesunde Epithel ebenfalls in carcinomatöse Wucherung gerathe, sich gleichsam mit Carcinom inficire. Nach vom Verfasser an einem (!) Fall vorgenommenen gründlichen histologischen Untersuchungen soll der letztere Wachsthumsmodus gar nicht und nur der erstere vorkommen.

JONQUIÈRE.

215) **Goris. Bemerkungen über zwei Fälle von Thyreoidectomie. (Remarques sur deux cas de thyreoidectomie.)** *La Presse méd. Belg. No. 19. 1896.*

In dem einen Fall handelte es sich um einen parenchymatösen Kropf, welcher den rechten Recurrens comprimirte; in dem zweiten um einen parenchymatösen Cystenkropf mit Compression der Trachea; beide wurden exstirpirt.

BAYER.

216) **A. Rivière. Chirurgische Behandlung der Kröpfe. (Traitement chirurgical des goitres.)** *Gaz. des hôpit. 30. Mai 1896.*

R. giebt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen chirurgischen Behandlungsweisen des Kropfes. Der Chirurg hat jedoch nicht die Freiheit, die Art des Eingriffs nach Belieben zu wählen; die anatomische Form des Kropfes muss seine Wahl bestimmen. Stets ist die partielle Thyroidectomie nothwendig. Lässt sich die vollständige Exstirpation des Kropfes nicht durchführen, so ist in der grossen Mehrzahl der Fälle die Exothyropexie möglich. A. CARTAZ.

217) **Francis Kinnicut. Die Theorie vom Schilddrüsen-Ursprung der Basedow-schen Krankheit und ihre Tragweite bezüglich der chirurgischen Behandlung dieses Leidens. (The theory of the thyroid origin of Graves' disease with its bearing on the surgical treatment of the disease.)** *New York med. Record. 18. April 1896.*

Moebius erklärte zuerst den Symptomencomplex des Morbus Basedowii als eine allgemeine Toxaemie des Nervensystems infolge primärer Erkrankung der Schilddrüse mit quantitativer und qualitativer Veränderung der Secretion derselben; zahlreiche Autoren haben sich seiner Anschauung angeschlossen. Eine Uebersicht über die Gründe, auf die sich diese Hypothese stützt, ist von besonderem Werth, weil auf sie auch die gegenwärtig viel empfohlene chirurgische Therapie des M. B. sich gründet. Verf. macht folgende Punkte namhaft: 1. Die Natur der pathologischen Veränderungen, die man bei vielen Fällen von Basedow'scher Krankheit in der Schilddrüse findet,

2. die Gegensätzlichkeit der Symptome bei Myxoedem und M. B.,

3. die allmähliche Entwickelung von Myxoedem nach anscheinender Heilung von Basedow'scher Krankheit,

4. die Wirkungen des Thyroid-Extracts auf Myxoedematöse, auf Gesunde und auf Patienten mit M. B.,

5. die Wirksamkeit aller Mittel und Eingriffe, die „das Volumen oder die Functionstüchtigkeit der Schilddrüse herabzusetzen geeignet" sind; dieselben bessern die Basedow'schen Symptome oder bringen sie zum Stillstand.

Am Schluss giebt Verf. eine tabellarische Uebersicht von 187 Fällen, die chirurgisch behandelt wurden. LEFFERTS.

218) **Peltesohn, Lemke, Sänger. Basedow'sche Krankheit.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 14. Vereins-Beil. No. 10.*

Vorstellung von Fällen im Hamburger ärztlichen Verein und Discussion über Frühdiagnose und Theorie der Krankheit.

Die Meinungen gingen sehr auseinander. LANDGRAF.

219) **Norman Mac Kie. Thymus-Behandlung bei Basedow'scher Krankheit. (Thymus treatment of exophthalmic goitre.)** *Brit. med. Journ. 14. März 1896.*

39jährige Frau mit Morbus Basedowii, seit 3 Jahren mit den gewohnten Mitteln behandelt; ohne Besserung. Seit 3 Monaten nahm sie die Burroughs und Wellcome'schen 0,3 grm Tabloids, worauf eine entschiedene Besserung sich einstellte. Die Schilddrüsenschwellung war nicht stark. ADOLPH BRONNER.

220) **M. Allen Starr. Natur und Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Schilddrüsen-Theorie und der Behandlung mittelst Thyreoidectomie. (On the nature and treatment of exophthalmic goitre with special reference to the thyroid theory of the disease and to the treatment by thyreoidectomy.)** *Medical News. 18. April 1896.*

Verf. schliesst mit folgenden Sätzen: 1. Es erscheint wahrscheinlich, dass die Symptome der Basedow'schen Krankheit einen Ueberschuss von Schilddrüsensaft, sei es normalem, sei es abnormem, ihren Ursprung verdanken. Das Schilddrüsensecret circulirt im Blut und wirkt direct auf die vasomotorischen und nervösen Apparate und auf die Muskeln.

2. Die beste Behandlung der Erkrankung scheint in einer Beschränkung der Secretion der Schilddrüse durch Ausschaltung [Soll wohl heissen: „theilweise Ausschaltung". Red.] der Drüse aus dem Körper zu bestehen. LEFFERTS.

221) **Godart-Danhieux. Ueber das Myxoedem und die Physiologie der Schilddrüse. (Sur le myxoedème et la physiologie du corps thyroide.)** *La Policlinique. No. 6. 1896.*

In der Sitzung vom 28. Februar 1896 der halbmonatlichen Vereinigung der Poliklinik stellt G. eine Kranke vor mit folgenden Symptomen: 1. hartes, nicht eindrückbares Oedem; 2. beinahe vollständiger Verlust der Haare, die noch vorhandenen sind fahl, zerbrechlich, störrig; 3. Abnahme der Intelligenz; 4. bei der Palpation der vorderen Halsgegend fühlt man genau alle Trachealringe und Kehlkopfknorpel ohne auch nur eine Spur von der Schilddrüse entdecken zu können.

Behandlung mit Thyroid comprimés, welche die Diagnose rasch bestätigen lassen. — Im Anschluss daran resumirt G. unsere heutigen Kenntnisse bezüglich der Schilddrüse.

Discussion, an welcher sich Jacobs, Gallemaerts, Buys, Dubois Havenith und Hendrikx betheiligen. BAYER.

222) **Redact. Notiz. Schilddrüsenbehandlung. (Thyroid therapy.)** *New York Med. Record. 9. Mai 1896.*

Eine zeitgemässe allgemeine Uebersicht über die Frage der Schilddrüsenbehandlung; nichts Neues. LEFFERTS.

223) **Robert David. Ueber den Einfluss der Schilddrüsenpräparate auf die Stickstoffausscheidung im Harne.** *Prager Zeitschr. f. Heilkunde. V. u. VI. H. 1896.*

Auf Grund mehrerer Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Stickstoffausscheidung im Harne nimmt nach dem Gebrauche von Thyreoidin und Thyrojodin zu.

2. Ein Anhalten der Steigerung nach Aussetzen des Mittels und darauffolgendes plötzliches Sinken der Stickstoffausscheidung scheint häufig vorzukommen.

3. Die Diurese ist meist etwas vermehrt.

4. Entsprechend der vermehrten Stickstoffausscheidung sinkt das Körpergewicht.

5. Die Harnsäureausscheidung wird nicht beeinflusst.

6. Ein Unterschied zwischen der Wirkung des Thyreoidins und Thyrojodins zeigte sich nicht.

7. Eine Vermehrung der Phosphorsäure-Ausscheidung im Harne wurde in einem Falle gefunden.

CHIARI.

224) **X. Ueber Thyraden. Therapeutische Mittheilungen.** *Prager med. Wochenschrift. No. 19. 1896.*

Thyraden vereinigt in sich sowohl das Thyreoantitoxin, welches von S. Fraenkel als jodfreier Körper ans der Thyreoidea dargestellt wurde, sowie das von fast Allen für die wirksame Substanz gehaltene Thyrojodin Baumann's und zwar in jenem Mengenverhältnisse, wie diese beiden Stoffe in der normalen Schilddrüse vorkommen. Das Thyraden ist von gutem Geruche und Geschmacke, unbegrenzte Zeit haltbar, ungiftig, ohne unangenehme Nebenwirkungen und kann sowohl in Pulverform, als Pillen oder Tabletten, jede 0,3 frischer Schilddrüse entsprechend, verordnet werden.

CHIARI.

225) **Dobrowsky** (Wien). **Beitrag zur Frage der Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis.** *Arch. f. Kinderheilk. XXI. Bd. 1—3. Heft. 1896.*

Parenchymatöse Struma wurde 9 Mal mit Thyreoidin behandelt, der Kropf wurde schon in der ersten Woche kleiner und weicher, gänzlicher Schwund konnte nur bei einem 15jährigen Mädchen innerhalb 3 Wochen erzielt werden. Die Körpergewichtsabnahme schwankte zwischen $^1/_2$ und 3 kg. Recidive traten in vielen Fällen auf, üble Zufälle wurden nicht beobachtet. Von Prurigo kamen 8 Fälle, von Fettleibigkeit 1 Fall und von psychischen Entwicklungshemmungen 12 Fälle zur Behandlung mit Thyreoidin. Bei einem 12jährigen Mädchen mit Prurigo traten Intoxicationserscheinungen in der 7. Woche auf (Thyreoidismus). Tachycardie trat bei allen Kindern ausnahmslos auf ohne subjective Empfindung der Herzcontraction (Herzklopfen), dauerte während der ganzen Zeit der Darreichung und schwand mit dem Aussetzen dss Mittels. Bei idiotischen und cretinistischen Kindern war Thyreoidin nur von ganz unerheblichem Erfolge. Einen irgendwie bedeutungsvollen Einfluss auf die Blutbeschaffenheit konnte D. nicht constatiren. Nahezu constant waren die Diurese und das Durstgefühl, sowie die P_2O_3 Ausscheidung während der Kur vermehrt, Albuminurie und Glycosurie wurden nicht beobachtet. Zur Verwendung kam Thyr. sicc. Merck in Dosen à 0,35 allmählich steigend von 1—4 Tabletten pro die.

SEIFERT.

226) **Levy-Dorn. Die Behandlung der Tetanie mit Schilddrüsenextract. (The treatment of tetany with thyroid extract.)** *Med. News. 4. April 1896.*

Ein Fall von idiopathischer Tetanie bei einer 21jährigen Frau, der seit 3 Jahren bestand und verschiedenen Behandlungsmethoden widerstanden hatte, wurde durch eine ca. 4wöchentliche Behandlung mit Schilddrüsenextract (0,24 g) in Intervallen von 1, 2 und 3 Tagen) geheilt.

LEFFERTS.

227) **Henry M. Fischer. Die Anwendung von Thyreoidextract bei Zuständen herabgesetzter Vitalität ausser Cretinismus und Myxoedem. (The use of thyroid**

extract in conditions of lowered vitality other than cretinism and myxoedema.) *Med. News. 2. Mai 1896.*

Von Interesse ist eine Beobachtung, die mit ähnlichen Wahrnehmungen über den Einfluss des Thyroidextractes auf die Ernährung der Haut übereinstimmte. Eine Patientin wurde durch Schilddrüsenbehandlung von einem Geschwür an der rechten Fusssohle endgültig geheilt, an dem sie 4 Jahre lang gelitten hatte. Die Patientin, eine sehr starke Frau, nahm übrigens während der ziemlich langen Behandlungszeit nicht an Gewicht ab.

LEFFERTS.

228) **Wm. E. Wright. Klinische Beobachtungen über 4 mit Schilddrüsenextract behandelte Fälle von Geisteskrankheit. (The clinical study of four cases of insanity treated with thyroid extract.)** *Med. News. 4. April 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussätzen:

1. Das Mittel brachte in allen 4 Fällen eine entschiedene Reaction hervor, wie die Fieberbewegungen und die Beschleunigung des Pulses erweisen.

2. Die Patienten nahmen während der Behandlung an Gewicht ab und wurden sehr schwach.

3. Sie entwickelten ein erhöhtes Nahrungsbedürfniss und nahmen wieder zu, sobald das Mittel ausgesetzt wurde.

4. Der Effect auf den Geisteszustand ist so gering, dass er die Störungen und Gefahren, die mit dem Mittel verbunden sind, kaum aufwiegen oder rechtfertigen kann.

LEFFERTS.

229) **Chas G. Hill. Beobachtungen über die Wirkung der Schilddrüsenverfütterung bei Geisteskranken. (Some observations on the effects of thyroid feeding in the insane.)** *New York med Record. 16. Mai 1896.*

Verf. stellt die einschlägige Litteratur zusammen und berichtet dann über seine eigenen Erfahrungen an 40 Personen. Es waren dies theils acute, theils chronische Fälle; ein Theil der Fälle betraf alte Leute. Es wurden nicht gebessert 8; gebessert 12; erheblich gebessert 14; geheilt 5; gestorben 7. Von Nebenwirkungen kamen zur Beobachtung Temperaturerhebung, Magenstörungen und Albuminurie. Wie das Mittel wirkte, kann Verf. nicht sagen; mit dem Erfolge desselben aber ist er zufrieden.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

230) **Hacker** (Innsbruck). **Die Technik der Oesophagoscopie. (De la technique de l'oesophagoscopie.)** *Revue internat. de rhinol. otol. et laryngol. No. 4. April 1896.*

Beschreibung des Instrumentes (Panelectroscop) und Gebrauchsanweisung.

E. J. MOURE.

231) **Hicguet. Ueber Fremdkörper des Oesophagus. (Des corps étrangers de l'oesophage.)** *La Policlinique. No. 8. 1896.*

Sitzung der halbmonatlichen Vereinigung der Poliklinik vom 27. März 1896.

H. bespricht zuerst die anatomischen Verhältnisse des Oesophagus, sodann die verschiedene medicinische und chirurgische Behandlungsweise von Fremdkörpern des Oesophagus, Discussion: Jacobs meint, dass die Oesophagscopie für die genaue Bestimmung des Sitzes von Fremdkörpern Dienste leisten könnte; Gallemaerts rühmt den Girardschen Apparat für die Entdeckung metallischer Fremdkörper. BAYER.

232) **Zenker** (Erlangen). **Beitrag zur Aetiologie und Casuistik der Tuberculose der Speiseröhre.** *Deutsch. Arch. f. klin. Med. LV. 1895.*

Die Infection des Oesophagus geschieht durch Inoculation.

Z. beschreibt drei Fälle von Speiseröhrentuberkulose und zwar einen solchen von tuberkulöser Strictur und zwei von fortgeleiteter Tuberkulose des Oesophagus; in dem ersten Falle bestand in der Höhe des Ringknorpels eine die ganze Circumferenz einnehmende Verengerung, in dem zweiten hatte sich der von der Lunge aus durch die Lymphgefässe nach den Lymphdrüsen verschleppte tuberkulöse Process auf das periglanduläre Zellgewebe und weiter auf die Speiseröhrenwandung ausgebreitet, sich hier als selbstständiger Process etablirt und schliesslich zur Perforation nach der Schleimhautoberfläche hingeführt. In dem dritten Falle handelte es sich um eine Perforation der Speiseröhre durch tuberculöse Lymphdrüsen mit Ausbreitung des tuberculösen Processes in der Speiseröhrenwandung. A. ROSENBERG.

233) **Hunter P. Cooper. Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for stricture of the oesophagus.)** *New York med. Record. 23. Mai 1896.*

Die Gastrotomie wurde nach der Methode Sbanijew-Frank gemacht; der Erfolg war ein guter. LEFFERTS.

234) **Frederick Taylor. Ein Fall von maligner Oesophagusstrictur; Perforation der Aorta; Tod durch Verblutung. (A case of malignant stricture of the oesophagus; perforation of the aorta; death from haemorrhage.)** *Lancet. 11. April* 1896.

52jähriger Mann; seit 6 Monaten deutliche Symptome der Erkrankung. Die Ernährung fand durch Symonds'sche Sonden statt. ADOLPH BRONNER.

235) **Dantz. Krebs des Oesophagus. (Cancer de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 3.* 1896.

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel, Sitzung vom 10. Januar 1896, theilt D. die Beobachtung und den Sectionsbefund eines Carcinoms vom untern Oesophagusdrittel mit. BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Bericht über die Verhandlungen der Société Française de Laryngologie etc.

Versammlung im Mai 1895.

Vorsitzender: E. J. Moure (Bordeaux).

Helme: Entzündungen der adenoiden Wucherungen (Des adenoidites).

Redn. fasst den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse in dieser Frage zusammen und bringt 12 eigene Beobachtungen bei. Er unterscheidet zwischen der Rhinopharyngitis ohne Vegetationen, bei der die medicamentöse Behandlung zum Ziele führt, und der acuten Entzündung der 3. Mandel, deren Recidiviren nur durch die chirurgische Entfernung der Drüse verhütet wird.

Dundas Grant: Drei Fälle von Nasennebenhöhlenentzündung mit lehrreichen Erscheinungen.

Im ersten Falle lag eine polypoide Hypertrophie der mittleren Muschel neben Entzündung der Keilbeinhöhle vor; die beiden anderen Fälle sind Highmorshöhlenempyeme, verbunden mit Entzündung der Stirnhöhle.

Labit: Ein Fall von syphilitischen Condylomen der Nasenhöhlen.

Die Condylome wurden bei einer 35jähr. Frau in der linken Nasenseite am vorderen Ende der unteren Muschel beobachtet. Redner nimmt in den anschliessenden Bemerkungen auf analoge Beobachtungen (Lacoarret und Ripault) Bezug.

Fauvel: Die Anwendung von Zinkchloridlösungen bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

F. benutzt Lösungen von $^1/_{100}$ und $^1/_{50}$ bei acuten Laryngitiden, bei chronischen Kehlkopfentzündungen und bei der atrophischen Coryza. Er bespricht die Unannehmlichkeiten der Applicationen von Argentum nitricum im Kehlkopf und Rachen und citirt eine Reihe von Autoren, die ebensowenig, wie er selbst, mit der Anwendung des letzteren sich befreunden konnten (Moure, Sajous, Ruault, Morell Mackenzie, Lermoyez).

E. J. Moure: Die acute lacunäre, ulceröse Mandelentzündung.

Redner erörtert in eingehender Weise eine einfache Ulceration der Tonsille, die bisher nicht beschrieben ist und die er einige Male zu sehen Gelegenheit hatte. Diese Ulceration tritt in schleichender Weise auf, ihre Ränder sind sehr scharf, roth und entzündet, wie mit dem Eisen ausgeschlagen. Die übrige Mandel scheint nicht entzündet. Der Grund des Geschwüres ist mit einer käsigen Masse

bedeckt. Bisweilen kommen 2 oder 3 derartige Geschwüre auf einer oder aul beiden Mandeln zur Beobachtung. Die Drüsen sind nicht geschwollen.

Redner giebt eine vollständige historische Uebersicht über ähnliche Beobachtungen und veranschaulicht seine Fälle durch Abbildung der Geschwüre. Die differentielle Diagnostik, Aetiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie werden sorgfältig besprochen und die 9 eigenen Beobachtungen in genauer Beschreibung mitgetheilt.

Terras: Ein Fall von Kehlkopfblutung Hämoptysis vortäuschend.

Der Fall betraf ein 20jähr. junges Mädchen, nicht menstruirt, seit einiger Zeit erheblich abgemagert. Man sah im Kehlkopfspiegel das arrodirte Gefäss, das dicht an der Basis des rechten Aryknorpels gelegen war.

Raugé: Neuro-motorische Kehlkopfstörungen.

Redner beschäftigt sich nur mit den Störungen, die durch Läsionen verursacht sind, die dem Stimmorgane selbst fern liegen. Er bespricht das corticale Kehlkopfcentrum und die Faserzüge, die zu den bulbären Kernen führen und erörtert auch das von Onodi entdeckte Centrum in der Gegend der Corpora quadrigemina. Für ihn lassen sich alle Bewegungsanomalitäten der Stimmbänder auf 3 Zustände zurückführen: Permanente Adduction, permanente Abduction und Cadaverstellung. Redner erörtert den Mechanismus dieser Zustände, ihr laryngoscopisches Bild und ihre functionellen Folgen.

Cartaz: Ueber Kehlkopfstörungen bei Syringomyelie.

C. hat 18 Patienten mit Syringomyelie untersucht und motorische oder Sensibilitätsstörungen im Kehlkopf fast in der Hälfte der Fälle gefunden; es stimmt dies Verhältniss mit den von Lamacq und Hoffmann gefundenen Zahlen überein. C. berichtet ausführlich über seine 18 Fälle und schliesst einige allgemeine Bemerkungen über das Auftreten und die Vertheilungsweise der nervösen Störungen an.

Wagnier: Ein Fall von Ozaena trachealis.

Es handelt sich um ein junges Mädchen von 16 Jahren, die auch an Ozaena der Nase litt und bei der der üble Geruch als einziges Symptom zur Erkennung der trachealen Erkrankung führte. Mit antiseptischen Einstäubungen und intratrachealen Injectionen gelang es nicht, des Leidens Herr zu werden.

Beausoleil: Secundäre Blutung nach Abtragung adenoider Vegetationen.

(Der Fall ist im Journ. de Méd. de Bordeaux, 1. Juni 1895 und in der Revue de laryngologie, No. 12, 15. Juni 1895 bereits ausführlich mitgetheilt.)

Cartaz: Zwei Fälle von Lymphadenom der Mandel.

Im ersten Falle, bei einem Manne von 60 Jahren, waren beide Mandeln, die Zungentonsille und die Submaxillar- und Halsdrüsen afficirt. Es bestand auch Leukämie. Die Arsenikbehandlung verlängerte das Leben um 2 Jahre. Der zweite

Fall betrifft eine 60jähr. Frau mit allgemeiner Lymphdrüsenerkrankung. Beide Mandeln mussten wegen der Schluckbeschwerden und besonders wegen der Erschwerung der Athmung exstirpirt werden. 5 Wochen danach erfolgte der Exitus. Redner kommt zu dem Schluss, dass man nicht chirurgisch eingreifen soll.

Raoult (Nancy): Entzündungen der Zungentonsille von den Zähnen und der Wangenschleimhaut ausgehend.

Unter 120 Fällen von Entzündung der Zungentonsille fand Redner 12, bei denen nur eine Zahncaries mit Entzündung des Zahnfleisches bestand. Bei 35 Fällen traten zu den buccalen Processen noch Affectionen des Nasenrachenraumes. Es erhellt daraus die Nothwendigkeit, bei Patienten mit Entzündung der 4. Mandel Mund und Zähne gründlich zu untersuchen.

Lermoyez und Helme: Die Asepsis in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie.

Die Verff. beschreiben die Methodik, mittelst deren sie eine möglichst strenge Asepsis ihrer Hände, des Operationsfeldes und der zu benutzenden Instrumente zu erzielen suchen. Sie empfehlen Lösungen von Phenosalyl $^1/_{1000}$ zu Einspritzungen in die Nase; metallische Instrumente, mit Ausnahme der aus Aluminium gefertigten, behandeln sie mit leicht alkalischem kochendem Wasser; Instrumente, die die Hitze nicht vertragen, sterilisiren sie ebenfalls in Phenosalyllösungen.

Onodi: Ein Lipom der Mandel.

Die Neubildung, die bei einem Kinde beobachtet wurde, war gestielt und 1 cm lang.

Moure: Laryngo-tracheale Perichondritis mit Abscessbildung.

Die Erkrankung schloss sich an eine Grippe an. Der Sitz des Abscesses konnte genau gesehen werden; er lag unterhalb der Stimmbänder in der Gegend ihrer Insertion am Schildknorpel, den Ringknorpel und den ersten Trachealring einbeziehend. Der Abscess hatte die Form eines weisslichen Pilzes auf geröthetem Grund und Stiel. Der gesammte Kehlkopf war schmerzhaft und stark geschwollen. Es kam zur Heilung.

Joal: Zwei Fälle von Anosmie geheilt durch Kohlensäure-Douchen.

Die Kranken waren 46 und 41 Jahre alt; die Anosmie bestand in einem Falle 8, im anderen 14 Monate.

Garel: Zwei Fälle von primärem Schanker der Nasenscheidewand.

Nichts Besonderes.

Moll: Zur Behandlung der acuten Affectionen der Nasennebenhöhlen.

Verf. räth, die Nebenhöhlen von dem schleimigen Sekret, das sie enthalten, in der Weise zu befreien, dass man den Thoraxraum dilatirt, während gleichzeitig

mit der Hand Nase und Mund verschlossen werden. Man erzielt so einen negativen Druck in der Nase, wodurch die Nebenhöhlen entleert werden und die Schmerzen, die acute Entzündungen derselben begleiten, verschwinden.

Raugé: Ein Fall von Rhinoscopia posterior.

Es gelang R. bei einem Patienten mit Ozaena im Spiegel bei der Rhinoscopia posterior die Oeffnung der Highmorshöhle zu sehen.

Molinie: Ueber Laryngitis sicca.

M. berichtet über einen Fall von Laryngitis sicca ohne Nasenrachenraumerkrankung und spricht sich in den epikritischen Bemerkungen, die er anschliesst, für die Identität dieser Erkrankung mit Ozaena trachealis aus.

Mendel: Die schankerartige ulceröse Mandelentzündung.

Die Ulceration, die M. mit wenigen Worten beschreibt und die er auf Herpes zurückführt, gehört zu der Form der acuten lacunösen ulcerösen Mandelentzündung, die Moure in derselben Sitzung beschrieben hat.

Bonain (Brest): Schleimpolypen und Sarcome der Nasenhöhle.

B. bespricht einen Fall von sarcomatöser Umwandlung eines mehrmals recidivirten Schleimpolypen und stellt bei dieser Gelegenheit die Anschauungen der verschiedenen Histologen über die Natur der gewöhnlich als Schleimpolypen bezeichneten Tumoren susammen.

Wagnier: Zwei Fälle von zweilappigen Polypen.

In beiden Fällen war die eigenthümliche Form der Polypen dadurch bedingt, dass ein Stück derselben im Moment der Phonation zwischen die beiden Stimmbänder eingeklemmt wurde.

Onodi: Ein Fall von isolirter Lähmung des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis nach Influenza.

Die Lähmung, die sich an eine acute ödematöse Laryngitis anschloss, wich auf elektrische Behandlung.

Combe und Dubousquet-Laborderie: Doppelseitige orbitale Geschwulst, einem malignen Tumor in Folge von Infection von der Nase her ähnlich. Heilung nach operativer Entfernung von drei Nasenpolypen.

Die Verff. sind der Meinung, dass es sich um ein Lymphadenom infectiösen Ursprungs handelte; der Ursprung erscheint zum mindesten zweifelhaft.

Poyet: Die Behandlung der Sängerknötchen.

Die beste Therapie ist die breite Abtragung mit der Fauvel'schen Zange. Im Anfang vermögen auch Cauterisationen zum Ziele zu führen.

Boulay: Zwei Fälle von Parästhesie des Rachens.

Redner sucht zu zeigen, dass eine gewisse Zahl von Parästhesien des Rachens, die man gewöhnlich als rein nervöse Erscheinungen anspricht, in Wirklichkeit von einer bisweilen nur minimalen Läsion abhängig sind.

Angieras: Lähmung der Adductoren des linken Stimmbandes im Gegensatz zum Semon'schen Gesetz und Neuralgie des rechten Plexus cervicalis in Zusammenhang mit alten Narben dieser Gegend im Anschluss an eine infectiöse Angina.

Die entsprechende Hälfte des Musc. ary-arytaenoideus war gleichfalls gelähmt. [Warum der Autor von einem „Gegensatz zum Semon'schen Gesetz" spricht, ist bei der Kürze des Berichts nicht zu entnehmen. Der Titel seiner Mittheilung lässt jedenfalls an sich die Vermuthung aufkommen, dass es sich bei dieser „im Zusammenhang mit alten Narben dieser Gegend(!)" und „im Anschluss an eine infectiöse Angina" entstandenen Lähmung um einen völlig localen Process gehandelt hat. F. S.]

Lavarenne: Beitrag zur Behandlung der syphilitischen Erscheinungen auf der Zunge.

In zwei sehr hartnäckigen Fällen gab L. mit Erfolg intramusculäre Injectionen von Ol. bijodatum (6 mg pro die).

Danet: Bemerkungen über die Pharyngitis sicca.

Nichts Besonderes.

Guichard: Beobachtungen über einige Complicationen des Kieferhöhlenempyems.

In einem Falle lag Exophthalmie und fast vollständiger Verlust des Gesichts vor; in einem anderen Schwellung der rechten Gesichtshälfte, besonders der Oberkiefergegend und des unteren Augenlids. Ein dritter Fall bot Erscheinungen von Angina pectoris, ein vierter endlich Gesichtsneuralgie und eine Gastritis.

Simonin: Beitrag zum Studium des pseudo-polypösen Lupus der Nasenhöhle.

S. sucht darzuthun, dass ein guter Theil der Polypen und gestielten Tumoren der Nasenscheidewand nichts anderes ist, als lupöse Pseudopolypen, Bildungen, die abgeschwächten Koch'sschen Bacillen ihren Ursprung verdanken. Die Prognose derselben ist eine günstige; die einzige Therapie, die bei dieser Erkrankung angebracht ist, ist die chirurgische.

Claoué: Empyem der linken Kieferhöhle. Acute Secundäraffection der anderen linken Nebenhöhlen. Meningitis. Tod.

Die Kieferhöhle war von der Alveole her geöffnet worden, die Infection der Stirnhöhle und besonders die der Ethmoidalzellen konnte aber dadurch nicht verhütet werden. Es wurden diese letzteren noch von aussen her eröffnet. Trotzdem kam es zur Meningitis und zum Exitus letalis.

Collier: Intubation des Larynx bei Croup.

Beschreibung einer Modification der O'Dwyer'schen Instrumente.

Fage: Bakteriologische Diagnostik der Ozaena.

F. beschreibt den Löwenberg'schen Bacillus und sein Wachsthum auf den verschiedenen Nährböden. Er hält ihn für den specifischen Erreger der Ozaena und hat Culturen gezüchtet, deren Geruch an den der Stinknase erinnerte.

Didsbury: Ein Fall von Actinomykose des Rachens.

Es bestanden Tupfen von Leptothrixmassen auf beiden Mandeln und im Rachen. Ein Theil derselben wurde mit der Zange entfernt; der Gebrauch von Rauchtabak beschleunigte die Heilung.

Renaud: Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Nase.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Schuhknopf, der zu anscheinend schweren Erscheinungen Anlass gab (Nasenbluten, Fieber, Constipation, Ileocoecalgurren); im zweiten Fall um einen Kirschkern, der seit 7 Jahren in der Nase steckte und zu Ozaena geführt hatte.

Texier: Ueber eine neue Anwendungsart des Bromäthyls in der Oto-Rhinologie.

T. giebt 3—5 g bei 3—8 Jahre alten Kindern, bei 8—15jährigen 5—10 g, und zwar auf ein Mal. Die hierzu erforderliche Zeit wechselt von 15—35 Secunden, die erzielte Narkose, bei der keine Kieferklemme besteht, dauerte 30—40 Secunden.

Blondiau: Chronische Rachenkatarrhe und ihre Behandlung mit Sulforicin-Phenol.

B. empfiehlt die Anwendung des Spitzbrenners bei Granulationen im Rachen; auf die Skarification lässt er bei trockenen Pharyngitiden Applicationen von 30proc. Sulforicin-Phenol folgen. Brindel (E. J. Moure).

---

b) Vorträge und Discussionen der laryngologischen Abtheilung der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—24. September 1896.

Einführender: Moritz Schmidt. Schriftführer: Karl Vohsen.

Die Präsensliste weist 99 Theilnehmer auf.

Zu Vorsitzenden wurden von der Versammlung gewählt und bekleideten dies Amt in den 6 Sitzungen der Abtheilung die Herren B. Fränkel (Berlin), Guye (Amsterdam), P. Heymann (Berlin), Massei (Neapel), Semon (London), Störk (Wien).

1. Herr Störk (Wien): Ueber Kehlkopfkrebs.

Die statistischen Veröffentlichungen haben die Sache der Operation des Kehlkopfkrebses nicht gefördert. Verschiedene Operateure, verschiedene Operationsarten — verschiedene Auffassung der Resultate lassen die Ergebnisse einer Sammelforschung sehr zweifelhaft erscheinen. Bei einem jährlichen Material von 8000 Fällen, über das Störk verfügt, muss es Wunder nehmen, dass die Operationen wegen Kehlkopfkrebs immer mehr abnehmen. Das kommt daher, dass die praktischen Aerzte durch die statistischen Ausweise abgeschreckt wurden. Es

sind darin Fälle zusammengetragen, die nicht zusammengehören und Operationen ausgeführt, die nie ein Heilresultat versprechen konnten.

Der Kehlkopfkrebs ist aber heilbar. Eine Reihe von Billroth, Gersuny und Störk operirter Fälle sind seit 14—10—6 und 3 Jahren in vollem Wohlbefinden und lösen die Frage nach der Heilbarkeit in bejahendem Sinne. Ausschlaggebend ist Methodik und Frühzeitigkeit der Operation. — Die Operation wurde eingehender besprochen. Die künstlichen Stimmapparate sind, auch bei Herstellung einer noch so kleinen Lücke für den Durchgang der Luft von der Luftröhre nach dem Ansatzrohr, werthlos für die Stimme und für die Respiration ein Hinderniss.

Discussion: B. Fränkel (Berlin) bemerkt, dass es auch bei Fällen Heilungen gebe, wo Taschenband, Plica ary-epiglottica und Pharynx schon befallen gewesen. Dem Patienten seien in solchen Fällen die Chancen der Operation auseinander zu setzen und die Entscheidung zu überlassen. Bei Totalexstirpation empfiehlt sich das Annähen der Luftröhre an die Haut und der Abschluss der Rachenhöhle wegen Gefahr der Schluckpneumonie.

F. Semon (London) schliesst sich dem Urtheil Störk's über Statistik der besagten Art an, dringt auf Frühdiagnose und Frühoperation und beschreibt die von ihm geübte Operationsmethode.

Aronsohn (Ems-Nizza) erwähnt einen Fall von irrthümlicher Krebsdiagnose, die eine Ursache günstiger Statistik bilden könne.

Ascher (Frankfurt) theilt den ihm genauer bekannten Fall mit. 62jähriger Mann erkrankt 1887 an Granulationen im Kehlkopf, die von Mikulicz und Michelsohn in Königsberg für unzweifelhaft krebsig erklärt werden. Extralaryngeale partielle Resection eines Stimmbandes. Nach einigen Monaten Recidiv, von B. Fränkel nach mikroskopischer Untersuchung als zweifellos krebsig erklärt und Totalexstirpation empfohlen. Mikulicz erklärte sich für abwartende Behandlung. Mehrere Monate später erklärte Letzterer die Operation für unnöthig. Heute ist der Patient völlig gesund, Stimme und Respiration zeigen keine Veränderung gegen den früheren Zustand.

F. Semon (London): Nicht jede Geschwulst, die in der durch Radicaloperation gesetzten Narbe erscheint, ist ein Recidiv, es kann auch eine einfache Granulation sein. — Wenn auch mikroskopisch die Diagnose nicht absolut sicher zu stellen ist, so soll doch in zweifelhaften Fällen die Thyreotomie vorgenommen werden, statt mit fortgesetzten intralaryngealen Eingriffen kostbare Zeit zu verlieren. Die Kehlkopfspaltung sei mit Unrecht in manchen, auch ärztlichen Kreisen, als eine fürchterliche Operation angesehen.

Scheff (Wien) weist auf einen früher schon mitgetheilten Fall hin. Der Kehlkopfspiegel und das Mikroskop stellten Krebs fest. Seit fast 10 Jahren wird er von Scheff beobachtet, 2—3mal jährlich von seinen Wucherungen befreit und ist als activer Militär mittlerweile zum Major avancirt.

Pluder (Hamburg) bemerkt, dass für Krebs der Paukenhöhle schon lange der Satz gilt, dass die histologische Untersuchung nicht ausreicht, sondern auch die klinische berücksichtigt werden müsse. Er erwähnt 2 Fälle. 1) Mikroskopische Diagnose: Adenocarcinom. Der durch Starke'sche Operation gewonnene Tumor

ergiebt Adenom. 2) Von Kümmel operirter halbseitiger Kehlkopfkrebs. Recidiv, Stenose. Bei erneuter Operation fanden sich nur Granulationswucherungen.

Grünwald (München): Der pathologische Anatom kann, besonders nach den neueren Theorien Ribbert's, im Frühstadium keine feste Grenze zwischen Krebs und verhältnissmässig harmlosen Geschwülsten ziehen. Letztere sind vorzüglich die sogenannten destruirenden Papillome, deren Diagnose oft nur an Leichenpräparaten gelingt. Die klinische Dignität wird aber, ebenso wie beim Krebs, bei der besseren Prognose um so mehr, die Radicaloperation nahe legen.

B. Fränkel (Berlin): Die mikroskopische Untersuchung, auch kleiner Stücke, ergiebt oft ein unzweifelhaftes positives Resultat. Im anderen Fall entscheidet die klinische Beobachtung. Wenn ein Tumor Jahre lang besteht, ohne zum Tode zu führen, so könne er doch Krebs sein, denn es kommt auch hierbei Stabilbleiben vor.

P. Heymann (Berlin): Krebs verallgemeinert sich leichter, sobald er die eigentliche Schleimhant ergriffen, weil diese, auch die hypoglottische, reich an Lymphgefässen ist.

2. H. Gutzmann (Berlin): Ueber functionelle Rhinolalia aperta.

Die Erkrankung kann durch Inspection oder Messung nicht constatirt werden, da beim Oeffnen des Mundes zur Untersuchung das Segel stärker angespannt wird. Die Sprachlaute klingen um so mehr näselnd, als sie einen stärkeren Abschluss beim normalen Sprechen verlangen. Am wenigsten bei a, mehr bei o und e, am stärksten bei u und i. Unter den Consonanten bei den Verschlusslauten, besonders den Reibelauten (Sigmatismus nasalis).

Unter 52 Fällen waren 6 Folgen überstandener diphtherischer Lähmungen, die Personen hatten sich an das Näseln gewöhnt: psychische Autoinfection. In 21 Fällen waren Vergrösserungen der Rachenmandel vorhanden, die sonst Rhinolalia clausa verursachen. Nach Entfernung der Mandeln blieb die Anomalie bestehen: reine Rhinolalia functionalis. In 10 Fällen gaben Nasenverengerungen den Anstoss zur Rh. ap. — Die Ursache liegt hier in der Gewohnheit des Schnüffelns, um das Hinderniss zu überwinden. Das Geräusch begleitet dann die Reibelaute. 5mal war Trauma nachweisbar, darunter 4 Exstirpationen der Rachenmandel. Wahrscheinlich zuerst vorübergehende Lähmung, dann Gewöhnung. 8 Fälle haben unbekannte Aetiologie, vielleicht beruhten sie auf Nachahmung oder spielender Sprachverstellung. — Die meisten Fälle sind also auf organische Ursachen zurückzuführen, nach deren Elimination die Gewohnheit, also ein rein functionelles Leiden bleibt.

Die Heilung ist in kurzer Zeit zu erreichen. Mittelst eines für jeden Fall anzufertigenden Handobturators oder Gaumenhebers wird das Segel beim Sprechen angehoben und so dem Patienten bald das Muskelgefühl beigebracht. — Gegen den Sigmatismus hilft Zuhalten der Nase und Unterricht in der entsprechenden Zungen- und Zähnelage.

3. R. Dreyfuss und F. Klemperer (Strassburg): Zur Bakteriologie der Ozaena.

Nach den Untersuchungen der beiden Autoren fand sich in der überwiegen-

den Zahl der untersuchten Fälle von Ozaena und Rhinitis atrophicans der von Löwenberg entdeckte und von Abel und Paulsen bestätigte Kapselbacillus. Die Bakterien sind stets nur im Secret, nie in der Schleimhaut nachweisbar. Findet sich nun der Bacillus auch bei anderen Nasenkrankheiten? Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, ob wir den Löwenberg'schen Bacillus für identisch mit dem Friedländer'schen Pneumobacillus halten oder Differenzen zwischen beiden feststellen können. Denn der Friedländer-Bacillus kommt auch in nicht ozaenösen Nasen vor, wenn auch nicht so häufig, wie öfters angenommen wurde. Nehmen wir die Identität an, so dürfen wir die ozaenöse Nase nur als einen besonders günstigen Nährboden für den Bacillus ansehen, diesen aber nicht als ihre Ursache. Die Culturen führen nicht zu einem sicheren Entscheid der Frage. Morphologisch sind die beiden nicht zu trennen; die geringen Unterschiede, die man fand, sind nicht constant. Entscheidet nun die wechselseitige Immunität die Frage der Identität, wie das Löwenberg versuchte? Um hier zu einem sicheren Resultat zu kommen, muss das quantitative Element genügend berücksichtigt sein. Bei den genannten Bacillen aber lässt sich eine einheitliche Giftdosis nicht so glatt herstellen, wie bei Tetanus und Diphtherie; es muss mit lebenden Bakterien geimpft werden. Die Virulenz dieser Culturen ist aber zu schwankend, um die Frage sicher zu entscheiden. Wir neigen auf Grund unserer bisherigen Immunisirungsversuche zur Annahme der Identität. — Bleibt noch der Versuch am Menschen, von Abel mit einem, nach seiner Deutung, positiven Erfolge angestellt. Wir inoculirten in 2 Fällen von Rhinitis atrophicans, in deren einem früher Ozaena bestanden hatte, Reinculturen von Ozaenabacillen in die Nase. Negatives Resultat. — Ausser dem Löwenberg'schen fanden sich bei Ozaena noch eine grosse Zahl anderer Bakterien, die besonders starken Fötor verursachten, wenn sie gemeinschaftlich cultivirt wurden. — Pes und Gradenigo haben auf Grund ihrer Untersuchungen auch den Pseudodiphtheriebacillus als Ursache der Ozaena, neben dem Löwenberg'schen, und noch einen dritten Bacillus angesprochen und darauf hin Ozaenakranke mit Diphtherieheilserum behandelt. Wenn wir an die Erfolge glauben, so hat wohl das Serum gewirkt, nicht aber das Antitoxin, da sich der Pseudodiphtheriebacillus vom Diphtheriebacillus ja gerade durch das Fehlen des Toxins unterscheidet. — Wir resumiren, dass bei Ozaena fast immer ein Bacillus vorkommt, der in gesunden Nasen selten ist und der nicht scharf vom Friedländer-Bacillus zu unterscheiden ist. Er ist nicht die Ursache des Fötors, kann Eiterung im Gefolge haben, erzeugt aber keine Atrophie, da er nicht ins Gewebe selbst eindringt. Er ist ebensowenig wie eine der neben ihm vorkommenden Bakterien die Ursache der Ozaena.

4. K. Vohsen (Frankfurt a. M.): Ueber Autoskopie nach Kirstein.

Eine demonstrirte, vortrefflich autoskopirbare Patientin, bei der vordere Commissur und Trachea bis zur Bifurcation leicht zu übersehen sind, giebt Veranlassung, die Vorzüge der Kirstein'schen Untersuchungsmethode hervorzuheben. Gleichgültig, ob die Autoskopie in mehr oder weniger Fällen anzuwenden, ist sie in Fällen, wie der vorgestellte, eine ausgezeichnete Methode zur Untersuchung und zu intra-laryngealen und -trachealen Eingriffen. Die dem Vortragenden bekannt

gewordenen Berliner Instrumente zu chirurgischen Eingriffen auf dem neueren Wege sind nicht schlank genug. — Die Autoskopie wird den Spiegel nicht ersetzen; das hat auch ihr Erfinder nicht behauptet. Für die Beurtheilung kinetischer Störungen scheint sie unzweckmässig.

Discussion: E. Meyer (Berlin): Die Grenzen für die Verwendbarkeit der Autoskopie sind wegen der kleinen Procentzahl der Autoskopirbaren ziemlich eng gezogen. Sie ist wegen der erheblichen Belästigung bei Anwendung der Methode nicht geeignet, die normale Operations- und Untersuchungsmethode zu werden. Nur bei Untersuchung und Operationen an der hinteren Wand, bei Kindern, cocainisirten oder chloroformirten, bietet sie erhebliche Vortheile.

Ephraim (Breslau): Die Autoskopie ist eine beachtenswerthe Methode, wenn auch nur bei einem Theil der Patienten ausführbar. Bei Eingriffen stört den Operateur seine Körperhaltung und der starke Druck, den die linke Hand ausüben muss. Nur bei Eingriffen in der Trachea bis zur Bifurcation ist unser therapeutisches Verfahren durch die Autoskopie erweitert.

Kaiser (Breslau): Die Zeit muss lehren, wie weit die werthvolle Methode anwendbar ist. Die Autoskopirbarkeit hängt viel von der Kehlkopflage ab, die bei Frauen und Kindern höher zu sein scheint; daher ihre bessere Autoskopirbarkeit.

E. Meyer (Berlin): Die sich überhaupt autoskopiren lassen, lassen sich auf den ersten Anhieb untersuchen. Einen starken Druck, der ein Zittern der Hand bedingt, perhorrescirt Kirstein. Nur was die Natur freiwillig zeigt, sollen wir mit dem Autoskop sehen.

5. B. Fränkel (Berlin): Die pathologische Irritabilität der Nasenschleimhaut.

Im Jahre 1881 hat F. zuerst ausgeführt, dass Asthma und vasomotorischer Schnupfen auf dem Wege des Reflexes von der Nase aus entstehen können. Später stellte Hack die Füllung des Schwellgewebes als nothwendiges Glied in der Kette hin und empfahl als Radicalheilung die Verhinderung der Anschwellung, was zu einem Missbrauch der Galvanokaustik führte. Auch in Kopenhagen schon erklärte sich F. gegen diese Auffassung, denn auch ohne Schwellung gebe es Reflexneurosen. Jetzt ist die Hack'sche Theorie wohl gefallen, aber der bequeme Brenner arbeitet weiter, auch in nicht specialistischer Hand; hierzu trägt die Cocain-Anästhesie viel bei: diese ermöglicht übrigens die Diagnose der Reflexneurose mit der Sicherheit eines physiologischen Experiments, wenn es gelingt, den Anfall durch Cocainisirung zu coupiren. Das Brennen soll aber nur dann angewandt werden, wenn sich Veränderungen, wie Hyperplasien, finden, die auch ohne Reflexneurosen die Galvanokaustik indiciren. Da die Schwellung auch nur als Reflex aufzufassen ist, liegt in ihr kein Grund zum Brennen. Zu behandeln ist die erhöhte Irritabilität, die häufig direct durch Berührung mit der Sonde nachzuweisen ist. Auch Geruchswahrnehmungen können als Reize wirken. Dass sich oft nur aus dem pathologischen Symptom die erhöhte Irritabilität nachweisen lasse, ist eine Schwäche der dargelegten Anschauung, die zu beseitigen unsere Aufgabe ist. Ein auffälliges Beispiel der pathologischen Irritabilität ist der Eisen-

bahnschnupfen. — Zur Behandlung empfiehlt sich nicht Cocain, Menthol u. ähnl., die ihre Wirkung verlieren. Zu empfehlen sind Einspritzungen von $^1/_2$—1 p. M. Arg. nitr.-Lösung mit einer nur 1 ccm fassenden Spritze. Die Methode, welche immer sie ist, muss sich gegen die pathologische Irritabilität, nicht gegen die Füllung des Schwellgewebes richten.

Discussion: Brügelmann (Paderborn): Allzu vieles Brennen ist vom Uebel. Wir können aber Asthma heilen, wenn wir die Athempunkte in Nase und Rachen aufsuchen und diese brennen, die Nervi erigentes der Schwellkörper zerstören. Solche Kranke bekommen nach dem Brennen der Athempunkte meist heftige Reaction mit hohem Fieber. Brennt man ihnen die Nase, ohne die Punkte zu treffen, so tritt die Reaction nicht ein.

Aronsohn (Ems) empfiehlt gründliche Cocainisirung der ganzen Nase während des Asthmaanfalls. Gegen üble Folgen des Brennens schützen Dermatol-Einblasungen.

Hajek (Wien): Es giebt kein Reflexasthma nasalen Ursprungs. Ein Fall dauernder Heilung durch Galvanokaustik ist mir unbekannt. Wenn der asthmatische Anfall manchmal vorübergehend beseitigt wird, so ist das vielleicht Folge eines Gegenreizes durch den Kauter, der die Auslösung des Asthmas hemmt. Wenn in der Nase keine anatomischen Veränderungen, keine Obstruction durch temporäre oder länger dauernde Congestion der Schwellkörper bestehen, ist das Kauterisiren nicht indicirt.

Scheinmann (Wiesbaden): Gegen pathologische Irritabilität, die sich besonders charakteristisch bei Asthma in Schwellung der unteren Muscheln ausdrückt, empfiehlt sich als dauernde Behandlung Gymnastik, spec. Widerstandsgymnastik, local schwache Höllensteinlösungen.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) empfiehlt die elektrische Massage. Wenn nach Freilegung der Nasenwege das Asthma anhält, muss die zu Grunde liegende Neurasthenie behandelt werden.

C. J. M. Schmidt (Odessa) theilt einen lange beobachteten Fall völliger Asthmaheilung bei einem Arzt mit durch chirurgische Massnahmen in der Nase. Der Brenner gilt ihm nur als Modification der zu gebrauchenden schneidenden Instrumente.

Thost (Hamburg): Der acute Schnupfen entsteht nicht nur in der Eisenbahn, sondern überall wo heisse, schlechte Luft ist bei manchen Individuen und hat seine Ursache oft in leichten Eczemen der Fossa navicularis. Prophylactisch empfehlen sich Salben. Der Brenner ist bei Asthma nicht zu entbehren.

Reuter (Ems): Die electrische Massage, 8—12 mal angewandt, führt die Empfindlichkeit der Schleimhaut in der Regel zur Norm zurück. Ueber die Dauer der Wirkung fehlt mir die Erfahrung.

Brügelmann (Padaborn): Reines Nasal-Asthma ist selten, denn wir sehen die Kranken meist erst dann, wenn das Centralnervensystem geschädigt ist. Dann genügt natürlich nicht mehr die Beseitigung der Asthmapunkte, sondern neben dieser tritt die Allgemeinbehandlung in ihr Recht: Athemgymnastik, Wasserbehandlung, auch die Suggestion können dauernde Heilungen erzielen.

B. Fränkel (Berlin): Reizpunkte giebt es, nur müssen sie nicht immer wieder gesucht werden. Die Discussion habe ergeben, dass die Hack'sche Lehre der Radicalbehandlung durch Galvanocaustik der Schwellkörper nicht mehr aufrecht erhalten werde.

6. Grünwald (München): Zur Controle der Diagnose auf Recurrenslähmung.

An Hand zweier Fälle, in denen Adductions- resp. Cadaverstellung des einen Stimmbandes wiederholt auftrat und verschwand, will der Vortragende die Aufmerksamkeit auf die unklaren und irreführenden Symptome lenken, die unsere Diagnose der Recurrenslähmung erschweren. Wann müssen wir nervöse, wann muskuläre, wann articuläre Ursachen einer Bewegungsstörung annehmen? Er kommt zu folgenden Schlüssen in Bezug auf die totale Recurrenslähmung. Sie ist vorhanden 1. Wenn eine Zuckung des Aryknorpels der gelähmten Seite bei der Phonation stattfindet (weil dann Fixation des Gelenks ausgeschlossen). 2) Wenn eine Zuckung respiratorisch oder phonatorisch der Epiglottis nach der gesunden Seite auftritt (weil dann der in solchen Fällen abnorm innervirte M. detractor Epigl. gelähmt ist, was nur vom Recurrens ausgehen kann). 3) Wenn zuerst Adductionsstellung bestand (Semon'sches Gesetz). 4. Wenn irgend eine unzweifelhafte Ursache vorliegt, die auf Gelenk- oder Muskelbeschaffenheit keinen Einfluss haben kann. (Intrathoracischer Tumor, centrale Affectionen.) Unvollkommene Recurrenslähmung ist dann sicher, wenn 5. doppelseitige Adductionsstellung oder einseitige Cadaver- und einseitige Adductionsstellung rasch eingetreten sind.

E. Meyer (Berlin) hat an 2 Fällen von Jodoformäther-Injectionen wegen Kropf rasch vorübergehende Cadaver- und Medianstellung beobachtet. Diese sind doch trotz raschen Vorübergehens als Recurrenslähmungen aufzufassen. Bei vorübergehender Fixation sind auch psychische Ursachen nicht ausser Acht zu lassen.

B. Fränkel (Berlin): Grünwald hat von sonorer Stimme bei einseitiger Cadaverstellung gesprochen. Das beweist, dass er unter Cadaverstellung etwas anderes versteht als F. Zur Cadaverstellung gehört ein excavirter Stand. — Die Plötzlichkeit des Eintritts einer Bewegungsanomalie ist kein differential-diagnostisches Merkmal.* Es können sich Lähmungen langsam und andere Fixationsursachen, wie Perichondritis bei Typhus, rasch entwickeln.

Thost (Hamburg): Bei rheumatischen Fixationen ist die betroffene Seite meist geröthet und bei Sondenberührung schmerzhafter.

Semon (London): Mechanische Bewegungsstörungen sind wahrscheinlich häufiger, als angenommen wird und differentialdiagnostisch oft nicht mit Sicherheit auch trotz der neu aufgestellten Kennzeichen zu erkennen. Gründliche Autopsien müssen die Frage klären.

Grünwald (München): In den mitgetheilten Fällen waren keine lokalen Störungen da, die auf eine andere Grunderkrankung schliessen liessen. Sonore Stimme war vorhanden, das Stimmband aber nicht excavirt. Die Excavation gehört nicht zur Cadaverstellung.

Störk (Wien): Sonore Stimme ist bei Cadaverstellung unmöglich. Der Begriff der Cadaverstellung hat sich seit 30 Jahren bewährt. Wir wollen dabei bleiben.

Semon (London): Es giebt Maximum und Minimum der Cadaverstellung. Die Compensation durch das gesunde Stimmband kann auch bei Cadaverstellung sonore Stimme ermöglichen.

B. Fränkel hält an seiner Definition fest. — Beim Thierexperiment kann man vom Nerven aus rasch vorübergehende Veränderungen der Stimmlippenbewegung erzeugen.

Jurasz (Heidelberg): Excavation ist nur Ausdruck einer Stimmbandlähmung und gehört nicht nothwendig zur Recurrenslähmung. Mit dieser ist eine sonore Stimme vereinbar, aber keine musikalisch reine, denn die Glossis klafft stets in schräger Richtung; das eine Stimmband steht tiefer, was durch schräge Beleuchtung sichtbar ist. — Wir müssen bei Beurtheilung von allen Lähmungen die physiologische und pathologische Stellung der Aryknorpel auf der abschüssigen Ebene das Arygelenks in's Auge fassen.

Grünwald (München): Nicht einmaliger, sondern wiederholter Wechsel der Erscheinungen spricht gegen Recurrenslähmungen. — Dass Dyspnoe schneller bei Lähmungen, als bei chronischen Gelenkerkrankungen auftritt, ist zwar gewöhnlich, aber nicht regelmässig. — Er will nur zu Misstrauen bei der Diagnose Recurrenslähmung anregen; mit welcher Berechtigung beweist die Discussion.

7. Katzenstein (Berlin): Die Orthoscopie des Larynx. Spiegelbesichtigung des Kehlkopfs im aufrechten Bild.

Der Redner demonstrirt und bespricht die von ihm erfundene Methode. Veröffentlicht im Archiv für Laryngologie und Rhinologie.

8. Pröbsting (Wiesbaden) stellt einen Kranken vor, bei dem im März dieses Jahres wegen Sarkoms des Nasenrachenraums und der linken Nasenhälfte Gaumenspaltung und temporäre Resection der Nase in einer Sitzung vorgenommen worden. Die Uebersichtlichkeit bei diesem Vorgehen war ausgezeichnet, functionelles und kosmetisches Resultat sehr gut. Bis jetzt kein Recidiv.

9. Hajek (Wien): Ueber die Beziehungen zwischen Stirnhöhle und Siebbeinlabyrinth.

An einer grossen Zahl vortrefflicher Präparate demonstrirt H. die innige Beziehung der betreffenden Theile der Nase. In dem typischen Präparat, das gewöhnlich als Schema für die Diagnostik gilt, mündet das Labyrinth in die tiefere Partie des Hiatus und ist von dessen vorderem Theil durch die Querlamelle der Bulla geschieden; so ist eine strenge Scheidung zwischen Stirnhöhlen- und Siebbein-Labyrintherkrankung möglich. — In den meisten Präparaten aber sind die Siebbeinzellen so gelegen, dass ihr Sekret, von dem die Stirnhöhle sich gar nicht trennen lässt, die seltenen Fälle ausgenommen, wo nach Heilung einer Stirnhöhlenerkrankung die Eiterung aus dem Meatus resp. dem Infundibulum andauert. In Fällen, wo die dem Meatus zugekehrte Fläche einer Siebbeinzelle de-

fect wird, müssen wir beim Sondiren der Stirnhöhle erst durch eine grosse Siebbeinzelle durch. Es empfiehlt sich daher Eiterungen, die sich in der obersten Partie des Infundibulum zeigen, als „Frontoethmoidaleiterung“ zu bezeichnen.

Die Vorträge 10, 11, 12 in Gemeinschaft mit der otologischen Section:

10. Bergeat (München): Ueber Choanenasymmetrie, mit Vorweisung macerirter Schädel.

In 5 pCt. der macerirten Schädel der Münchener anatomischen Sammlung fanden sich obige Asymmetrien, deren Haupttypus gebildet wird durch horizontalere Stellung des einen Proc. pterygoid., meist mit Herabrücken der ganzen gleichseitigen Choane und Nebenbefunden, worunter die Deviation und Sporenbildung auf der Seite des senkrechteren Proc. pteryg. die häufigsten sind. 4 mal fand sich eine pathologische Ursache der Asymmetrie. — Discussion: Auf die Frage Jurasz's, ob B. auf Rachitis als Ursache geachtet, erwidert B., dass er nur einmal bei jungen Individuen die Asymmetrie gefunden und zwar bei Rachitis.

11. Guye (Amsterdam): Ueber Behandlung von Erkrankungen in den Nebenhöhlen der Nase mit dem Mentholinsufflator und dem Politzer'schen Verfahren.

Nach Besprechung der nützlichen Resultate des Politzer'schen Verfahrens sucht G. die Einwände zu entkräften, die u. A. von Harke dagegen gemacht wurden. Der Haupteffect besteht in der Beseitigung des Vakuums, das durch Resorption der Luft in den Nebenräumen hervorgerufen würde. Die Gefahren des Eintreibens von Staub etc. werden durch eine Wattefiltration der Luft vermieden, Sekrete der Nase und des Nasenrachenraums werden zuerst möglichst durch Ausspritzen und Auswaschen entfernt. Bei Otitis media hat vor dem Politzern die Paracentese zu erfolgen, damit nicht in das Antrum mastoideum Sekret geschleudert wird. — Er theilt 4 Fälle mit, wo der Nutzen der im Titel angegebenen Behandlung sehr ausgesprochen war.

12. Körner (Rostock) demonstrirt einen Heber-Apparat zur Ausspülung der Kieferhöhle, den er bisher nur zu diagnostischen Zwecken benutzt hat. Er soll zur sicheren Gewinnung des Sekretes aus der Nebenhöhle dienen, nach deren Anbohrung vom unteren Nasengang aus er verwandt wurde.

Er hat, vielleicht zufällig, in letzter Zeit häufig seröse Exsudate in der Kieferhöhle gefunden in chronischen Fällen, die sich durch heftigen Supraorbitalschmerz auszeichneten. Er erklärt sie als Hydrops ex vacuo bei Verschluss der normalen Oeffnung.

Discussion: A. Hartmann (Berlin) hat das Politzer'sche Verfahren bei Stirnhöhleneiterungen zuerst empfohlen, weil bei Schwinden der Stirnkopfschmerzen nach seiner Anwendung eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Stirnhöhlenempyem gestellt werden kann. Der Mentholinsufflation misst er keinen Desinfectionswerth bei, lobt sie aber als Mittel gegen Migräne und neuralgische Beschwerden.

Grünwald hat freies, seröses Exsudat, d. h. wasserklar, nicht fadenziehend und gerinnend, bisher nie in Höhlen, sondern nur in Cysten oder Polypencysten gefunden.

Körner erwidert, dass das Serum dünnflüssig und klar war. Es fand sich in etwa $^1/_3$ der eitrigen Fälle. Die Zahlen sind aber zu klein zur Statistik.

Reichert hat in zahlreichen chronischen Fällen nur in Cysten seröses Exsudat, sonst immer eitriges gesehen. In acuten kommen solche serösen Exsudate sicher häufig vor.

Semon theilt einen Fall von acuter seröser Exsudatbildung in der Kieferhöhle mit (Selbstbeobachtung).

Schmidthuysen (Aachen) will solche Fälle auf dünnwandige Cysten zurückführen, die durch ihren Druck Gesichtsschmerzen hervorrufen, bei starkem Schneuzen platzen und Serum ergiessen. Die Beschwerden schwinden in letztem Falle plötzlich.

Auch Grünwald bezweifelt die Diagnose im Semon'schen Fall*).

Rosenfeld (Stuttgart): Plötzliche Entleerung retinirter Flüssigkeit kann stattfinden 1. von der Kieferhöhle, 2. von dem mittleren Nasengange bei Vorhandensein von Polypen und 3. von der acut geschwellten internen Muschel aus, wo er schon mehrfache polypähnliche Anschwellungen beobachtete, die sich unter reichlichem Wasserfluss lösten.

Ephraim fragt, wie die Diagnose einer serösen Kieferhöhlenerkrankung mit dem Körner'schen Heberapparat gestellt werden könne, da sich das Serum doch mit dem Spülwasser mische.

Körner. Durch die Ausspülung soll geschichtetes Exsudat herausgespült werden, dessen Eiter sich im sterilisirten Wasser absetze. Serum könne durch Coagulation beim Kochen erkannt werden.

Vohsen glaubt nicht, dass beim Politzern, besonders in Erkrankungsfällen Luft in die Nebenhöhlen eindringe. Die günstige Wirkung der Menthol-Insufflation erklärt sich wohl aus anderen Gründen. — Er hält das Sondiren der Nebenhöhlen für überflüssig, unter Umständen schädlich. Oft ist es besser auf die Therapie harmloser Nebenhöhlenerkrankungen zu verzichten. Dass diagnostisch mit der Sonde nichts Sicheres zu erreichen ist, beweisen die Hajek'schen Präparate.

Scheff (Wien) erinnert an seine experimentelle Untersuchung über den Luftstrom in der Nase; von den eingeleiteten Joddämpfen war in den Nebenhöhlen Nichts nachzuweisen.

---

*) Da ich versäumt habe, die Bemerkungen, die ich in Beantwortung der von den Herren Schmidthuysen und Grünwald gegen meine Selbstbeobachtung (vgl. Centralblatt XI. p. 342) erhobenen Einwürfe machte, zu Protokoll zu geben, so wünsche ich hier ausdrücklich zu bemerken, dass ich an der in meinem eigenen Falle übrigens auch von B. Fränkel bestätigten Diagnose des Leidens durchaus festhalte. Ich kenne keine innerhalb 12 Stunden unter Fiebererscheinungen entstandenen und innerhalb 72 Stunden spurlos verschwundenen Cysten der Highmorshöhle und die Annahme, dass in meinem eigenen und ähnlichen Fällen (l. c.) die Communication zwischen Kieferhöhle und Nase temporär durch Schwellung der Schleimhaut oder — noch wahrscheinlicher — durch einen Exsudatpfropf verlegt war, scheint mir viel natürlicher als die jedes thatsächlichen Anhaltspunktes entbehrende Hypothese einer acuten Cystenbildung. F. S.

Ephraim kann nicht einsehen, wie man bei dem Körner'schen Heberverfahren bei klarem oder ziemlich klarem Spülwasser entscheiden will, ob die Höhle normal oder serös erkrankt sei.

Hartmann hält das Eindringen der Luft beim Politzern in die Stirnhöhle für sichergestellt. Die Sondirung ist ausführbar und unter Beachtung der anatomischen Verhältnisse gefahrlos.

Kümmel (Breslau) frägt Herrn Vohsen ob er auch die schonende Sondirung verurtheile, die zur Auffindung des Weges vorgenommen wird, auf dem eine Probeausspülung gemacht werden soll.

Hajek. Die Sondirung ist bei Eiterungen in Stirnhöhle und Siebbeinlabyrinth nöthig. Meine Präparate beweisen nur die Unmöglichkeit einer Differentialdiagnose. Eine Discussion über Therapie wird so lange erfolglos bleiben, als wir uns nicht über die diagnostischen Principien geeinigt haben.

Grünwald: Die Verwendung der Sonde zur Diagnose einer Stirnhöhleneiterung ist nicht ganz zu verwerfen, aber zur Therapie ist nur die Freilegung des Krankheitsgebietes von Aussen angezeigt; die endonasale Therapie schützt nicht vor unglücklichen Ereignissen.

Jansen (Berlin) erklärt den Gebrauch der Sonde zu diagnostischen Zwecken für mehr berechtigt, als den Gebrauch der Canüle zu therapeutischen.

13. Seifert (Würzburg): Die Störungen der Singstimme durch Erkrankungen der Zungentonsille.

Es handelt sich zwei pathologische Zustände an der Zungenbasis: 1 Varicen und 2 Hypertrophien des adenoiden Gewebes. Die Varicen wurden als häufig bezeichnet, sie sollten nach Lennox Browne in einem gewissen Verhältnisse zu Erkrankungen der Hirngefässe stehen, Moure sprach gar von einer Cérébroscopie linguale. Diese Anschauungen sind übertrieben. Ihre Häufigkeit ist nur dann gross, wenn man alle nur etwas weiten Venen dazu rechnet. Ist die Venenektasie so gewaltig, wie in den Schäffer'schen Fällen, so können sie wohl subjective Beschwerden machen. Störungen der Stimme waren Begleiterscheinung, deren eigentliche Ursache auf schweren organischen Leiden beruhten [Vgl. dazu die im Centralblatt 1896, p. 432 u. ff. ausführlich berichtete Correspondenz über die Tilley'sche Arbeit. Red.]. Die galvanokaustische Zerstörung war nutzlos. — Anders verhält es sich mit der Hypertrophie der Zungentonsille. Die Klagen beziehen sich auf Druck im Hals, Fremdkörpergefühl, Hustenanfälle, Wundsein, Fehlschlucken, Ermüden beim Sprechen. — Bei Sängerinnen beobachtete Seifert folgende Symptome: beim Singen auftretender Schmerz, ein Zusammengeschnürtsein, in die Gegend des Zungenbeins verlegt. Stimme in Klangfarbe, Intensität ungestört. — Nase, Rachen, Kehlkopf normal. Sondenuntersuchung sichert den Sitz der Beschwerden. — Die Hypertrophie war das Ueberbleibsel einer acuten oder subacuten Angina. — Die Behandlung giebt sehr günstige Resultate: Pinselungen mit Jodcarbolglycerin beseitigten die Beschwerden, welche durch die mässige Hypertrophie hervorgebracht wurden.

B. Fränkel (Berlin): Die Hypertrophie hindert zuweilen das Aufrichten der Epiglottis und darum die Bildung hoher Falsett-Töne.

Scheinmann (Wiesbaden) glaubt nicht an die Störungen der Stimme durch

die unbedeutenden, schwer feststellbaren Veränderungen der Zungentonsille. Der günstige Effect lag wohl im Ausruhen der Stimme während der Behandlung.

Seifert (Würzburg) hat nur von Störungen der Singstimme gesprochen. Von der Zungentonsille aus können bei nervösen Individuen, auf dem Weg des Reflexes Paresen und Paralysen der Stimmbänder hervorgerufen werden. Die Patienten können wegen der schmerzhaften Empfindung nicht singen.

Lieven (Aachen) beobachtete Singstimmen-Störung bei luetischer Hypertrophie der Zungenmandel. Heilung durch antiluetische Behandlung.

Ephraim (Breslau): Der Begriff einer Reflexlähmung ist auf Grund allgemein pathologischer Betrachtung nicht zulässig. Die Pat. fühlen vielleicht ein Hinderniss im Hals und innerviren in Folge zur Ueberwindung desselben ihre Stimmmuskeln übermässig oder unzweckmässig.

14. R. Kayser (Breslau): Ueber das Verhältniss der Ozaena zu den adenoiden Vegetationen.

Ozaena und adenoide Vegetation schliessen sich aus. Das liegt in Constitutionsanomalien, die sich durch Form des Schädels kundgeben. Auch die Anthropologen unterscheiden Hart- und Weichschädel. Bei letzeren sind die Knochen elastischer, biegsamer, das Gesicht ist breit, die Nase weit und stumpf, der Schädel kurz. Das sind die zur Ozaena beanlagten Nasen, in die noch ein bestimmter Bacillus gerathen muss, um die Ozaena zu erzeugen. — Die grössere Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht ist bedingt durch das Ueberwiegen der kindlichen, platyrhinen Nasenform. Die Ozaena-Kranken, bei denen sich Spuren von adenoiden Vegetationen zeigten, hatten weniger in definirtem Sinne ausgesprochene Schädelformen.

P. Heymann (Berlin) hat vor 18 Jahren einen Fall von Ozaena mitgetheilt, bei dem mit zunehmender Ausbildung der adenoiden Vegetationen die Ozaena-Beschwerden zurückgingen. Die Ventilation der Nase wird durch Verengerung der hinteren Oeffnungen wohl der normalen ähnlicher. Er empfiehlt Beförderung des Wachsthums des adenoiden Gewebes durch Reizmittel, wie Tinct. capsici annui.

Pluder (Hamburg): In tuberculösen Familien litt ein Theil der Kinder an Ozaena, ein anderer an adenoiden Vegetationen. In 20 pCt. untersuchter gewöhnlicher Rachenmandelhyperplasien fand sich primäre, latente Tuberculose, während in einem Ozaena-Fall mit adenoiden Vegetationen das Präparat unverdächtig war. Wenn der Inspirationsstrom der Infectionsträger bei Tuberculose ist, so müsste eine weite Nase dieselbe erleichtern. Wahrscheinlich ist aber die physiologische Involution ein Hinderniss.

Grünwald (München): Ozaena nennen wir stinkende Borkenbildung in weiten Nasen. Die K.'sche Untersuchung führt nur zu einer anthropologischen Umschreibung des Satzes, dass enge Nasen eng und weite weit sind. — Grünwald hat Fälle beschrieben, die Ozaena-Symptome durch Eiterung der Rachentonsille entstehen liessen, durch deren Operation sie verschwanden.

Kayser (Breslau): Weite und enge Nasen haben ätiologische Wichtigkeit für die Ozaena, wie die Form des Thorax für Tuberculose. Grünwald's Fälle sind nur flüchtig in seinem Buche beschrieben. Die Nasenmandel war nach G.'s

Mittheilung so klein, dass es zweifelhaft ist, ob sie ein Hinderniss für die Luftpassage bildete.

15. Thost (Hamburg): Ueber Trachealcanülen. (Sitzung in Gemeinschaft mit der chirurgischen Section.)

Die Kanüle verursacht hauptsächlich an 3 Stellen Veränderungen, die Stenose verursachen: 1. am unteren Rand der Canüle (Schleimhauttaschen oder ringförmige Stenosen), 2. am oberen inneren Winkel der Luftfistel (durch Einbiegen der Knorpel, Schleimhautwulstung, Granulationen am durchtrennten Ringknorpel), 3. an der Rückwand der Luftröhre, oberhald der Canüle (Sporn, entstanden durch Vorwölbung der Hinterwand in Folge Auseinanderdrängens der Cförmigen Trachealknorpel). Die ganze Umgebung der Canüle wird durch Erweichung der Knorpel, die im Granulationsgewebe zu Grunde gehen, in ein elastisches an weichen Gummi erinnerndes Gewebe verwandelt. Diese Nachtheile zeigen sich besonders bei der Cricotracheotomie und der Tracheotomia superior. — Zur Vermeidung dieser Veränderungen empfiehlt sich: 1. Eine der Durham'schen Canüle ähnliche Form und Krümmung, 2. Der Querschnitt des in der Fistel liegenden Theiles soll längsoval sein (Gersuny'sche C.), 3. Statt Fenster dünne Siebe aus Silberdraht. 4. Jede Canüle soll einen Conductor mit conischem Endstück, eventuell mit Hummerschwanz haben, die schonende Einführung gestatten. 5. Das beste Material ist Silber oder Neusilber. 6. Es soll immer die Tracheot. inferior gemacht werden, möglichst weit von der engsten Stelle im Trachealrohr d. h. in der Partie innerhalb des Ringknorpels der nicht nachgiebig ist. 7. Da die Knorpelenden in der Umgebung der Fistel doch erfahrungsgemäss zu Grunde gehen und durch Bindegewebe ersetzt werden, empfiehlt es sich von vorn herein ein Stück der Trachealwand zu reseciren, dessen Grösse der Canüle entspricht; dann werden die obigen Nachtheile vermieden. Bei ovalem Querschnitt der Canüle braucht das Stück nicht gross zu sein. Zur Resection empfiehlt sich das Hartmann'sche Conchotom. — Die Operation wurde schon von Tiefenbach [Dieffenbach? Red.] empfohlen, fand aber keine Aufnahme.

König (Berlin): Knorpel geht nicht durch Druck der Canüle, sondern durch diphtherischen Process zu Grunde. Die beschriebenen Nachtheile sind seltene. Einer der häufigsten Gründe für spätes Decanülement ist ein zu kleiner Schnitt. Der obere Rand der Wände wird auf die Canüle umgestülpt und tritt als beengender Sporn in die Trachea. Zur Beseitigung muss der Sporn durchschnitten werden.

16. Grünwald (München): Eine seltene Anomalie der knöchernen Nasenscheidewand.

Ein abnorm weit in das Cavum vorspringender hinterer Rand des Septums wurde in zwei Fällen mit dem Gottstein'schen Messer bei Entfernung der Nasenmuschel mit entfernt. G. bezeichnet die Anomalie als Ala septi.

17. Grünwald (München): Ein schonendes radicales Verfahren zu Exstirpationen am Septum.

Bei Tuberculose und Sarkom des knorpeligen Septum, auch wenn sie schon

die Grenze desselben überschritten haben, empfiehlt Grünwald nach Freilegung des Terrains durch Emporklappen des Nasenflügels (mit Schnitt parallel dem Septum und an der Apertura pyriformis, am Os nasi endend) die Umbrennung des kranken Theils mit dem messerartigen oder spitzen Thermokauter. Bei sicher gestellter Diagnose durch wiederholte histologische Untersuchung der Geschwulst resp. des Recidivs bei Sarkom hat G. 2 Heilungen erzielt, die bis jetzt 3 resp. $^3/_4$ Jahre anhalten. Bei Tuberculose hat das Verfahren den wichtigen Vortheil Eingriffe in's erkrankte Gewebe zu vermeiden. — Blutung kaum nennenswerth, kosmetisches Resultat sehr gut.

Discussion: Reichert (Berlin) hat zwei sichere Fälle von ausgedehntem Sarkom durch rhinoskopische Behandlung vollkommen heilen sehen.

Scheinmann (Wiesbaden) erkennt erst dann die Berechtigung des chirurgischen Vorgehens an, wenn nach intranasaler energischer Behandlung Recidive eintraten.

Grünwald theilt diesen Standpunkt.

18. Reichert (Berlin): Ueber die chronische Schleimhautentzündung des Siebbeins und ihre Beziehung zum Empyem der Siebbeinzellen und der Oberkieferhöhle.

Nach einem historischen Rückblick auf die Entwicklung unserer Kenntniss der Nasenhöhlenerkrankungen seit einer vor 10 Jahren erschienenen Arbeit Ziem's, bespricht R. auf Grund einer Reihe von 30 von ihm längere Zeit beobachteten Fälle von Siebbeinerkrankungen die Pathologie und Therapie dieser Erkrankungen. Die ausführlich mitgetheilten, belehrenden Krankengeschichten können hier nicht besprochen werden. 3 Fälle waren mit Eiterung der Oberkieferhöhle complicirt, vermuthlich entstanden durch Polypen des Ostium maxillare, directe Ueberleitung des Eiters aus den Siebbeinzellen und eine cariöse Stelle am Processus uncinatus. Drei Stadien der Erkrankung lassen sich unterscheiden: 1. Eine meist aus acuten oder chronischen Infectionskrankheiten entstehende einfache Entzündung der Schleimhaut um die Bulla ethmoidalis. Sie documentirt sich durch Niessanfälle, Reizzustand der Conjunctiva, selten mässige Kopfschmerzen. Auch bei dieser Form wurde nur durch operative Eingriffe Heilung erzielt. 2. Auftreten von Polypen und Papillomen in den Siebbeinzellen, die den benachbarten Knochen usuriren oder zur Verdickung desselben resp. der Schleimhaut führen. Symptome: Schwellung der unteren Lider, Gefühl von Verstopfung im oberen Theil der Nase, ein- oder doppelseitige Heilung oft überraschend schnell durch Eröffnung der Siebbeinzellen und Entfernung der Polypen. 3. Mehr oder weniger reichliche Eiterung, umfänglichere Nekrose oder Caries des Siebbeins, Betheiligung der Nebenhöhlen, Polypen und Granulationswucherungen.

Terapie: Intranasale, chirurgische. Als bestes Instrument empfiehlt sich die Grünwald'sche Zange, die R. modificirt hat.

Discussion: Rudloff (Wiesbaden) erwähnt einen Fall von Caries und Usur der Lamina papyracea, Eiterung der Orbita. Heilung nach Ausmeisselung der Siebbeinzellen und Ausräumung der mitbetheiligten Stirnhöhle.

19. Massei (Neapel): Ueber die acuten Verengerungen des Kehlkopfes bei Kindern und ihre Behandlung.

M. giebt zuerst eine Uebersicht über die Ursachen der Stenose.

1. Verbrennungen; das Oedem geht von der Epiglottis aus, verbreitet sich rasch auf die aryepiglottischen Falten. (M. hat ein solches auch beobachtet, als ein Kind in heftigem Schweiss kaltem Luftzug ausgesetzt wurde.) 2. Exantheme; Masern, Pocken, Varicellen, Pemphigus, Erythema nodosum. 3. Soor, zuerst von M. beschrieben, 4. Fremdkörper. 5. Stimmritzenkrampf. 6. Kehlkopfkatarrh mit Stimmritzenkrampf, der in diesen Fällen gar nichts mit Schwellungen zu thun hat, sondern auf Spasmen beruht. 7. Pseudocroup, d. h. Chorditis inferior acuta, nicht leicht unterscheidbar, wenn die Untersuchung mit dem Spiegel nicht möglich, von 8. Croup, bei dem es sich in 9 Fällen von 19 um echte Diphtherie handelt. 9. Peritracheolaryngeal-Abscess. So bezeichnet M. die eitrige Entzündung der von Gougenheim und Leval Piquechef beschriebenen Drüsenkette, welche den Recurrens begleitet. Anatomische Präparate Massei's erhärten diese Krankheitsform, die, wie der Croup, besonders Kinder von 2—8 Jahren nicht selten befällt. Die Drüsen drücken auf Trachea und Recurrens; einigemale fanden sich auch Membranen in der Trachea.

Die Differentialdiagnose muss die bestehende Allgemeinerkrankung (Masern, Pocken) berücksichtigen, bei Croup entscheidet die bakteriologische Untersuchung oder der Erfolg der Seruminjection, denn wahrer und falscher Croup gleichen sich sonst wie zwei Wassertropfen. Bei aufsteigendem Croup kann die Diagnose zweifelhaft sein; aber die Behandlung muss sich von der überwiegenden Häufigkeit der Diphtherie leiten lassen. — Verbrennungen und Fremdkörper können verborgen bleiben, wenn auch die Untersuchung kleiner Kinder mit dem Spiegel nicht allzuschwer ist und besonders bei subglottischen Fremdkörpern leicht gelingt. Für Fremdkörper wird vielleicht die Photographie mit Röntgen-Strahlen noch viel leisten. Stimmritzenkrampf giebt ein typisches Bild. Kehlkopfkatarrh mit Stimmritzenkrampf ist ohne Spiegeluntersuchung nicht vom Croup zu unterscheiden. Der Abscessus peri-tracheo-laryngealis ist zu vermuthen, wenn die Untersuchung auf Diphtheriebacillen negativ ausfällt, der Verlauf sich in die Länge zieht und Heiserkeit vorherging. Die Symptomatologie dieser Erkrankung ist aber noch sehr unvollkommen.

Zur Behandlung empfiehlt M. neben den gebräuchlichen Reizmitteln, Antiseptica und Bromkali, bei acuten Oedemen besonders die kalten Umschläge, bei Spasmen kleine Morphiumdosen subcutan. Dei Diphtherie denke man zuerst an das Serum; im Nothfalle die Intubation, der Tracheotomie vorzuziehen. Bei Soor reinige man mit der Sonde. Wo rasche Hülfe Noth thut, wie bei ödematösen Entzündungen, Pseudocroup, wirkt die Intubation wunderbar schnell. Die Tracheotomie empfiehlt Massei nur bei Fremdkörpern, die nicht per vias naturales entfernbar sind.

Discussion: Killian (Freiburg) hat bei Intubation von Laryngostenosen bei Masern ohne Diphtheriebacillen hypoglottische Ulcerationen hervorrufen sehen. Bei chronischen Stenosen wurden dieselben Hartgummituben gut vertragen.

Rauchfuss (Petersburg) hat zuerst unter dem einheitlichen Namen Croup alle unter Stenosenerscheinungen verlaufenden acuten Laryngo-Tracheitiden infectiösen Charakters beschrieben. Die beherrschende Rolle spielt dabei die subchordale Laryngitis, nur dass deren charakteristisches Bild, die sich vom weissen Stimmband absetzende tiefrothe Randwulst, sich nur im Anfang flüchtig und darum selten beobachten lässt. — Der diphtherische, pseudomembranöse Primärcroup ist höchst selten. Immer fast war Rachenaffection dabei und fanden sich im Rachen reichliche Löfflerbacillen. Bei nichtdiphtherischem Croup prävaliren die Fälle ohne Rachenaffection. Es giebt sicher auch spasmodische Zustände, die die Stenose verursachen, aber die rasch, gleich den Muschelerectionen, wechselnden subchordalen Schwellungen sind die Hauptursache.

Jurasz (Heidelberg): Pseudocroup ohne subchordale Schwellung giebt es zweifellos, wenn auch die Subchorditis eine wichtige Rolle spielen mag. Es wird sich vielleicht um eine Reflexneurose handeln, wie sie z. B. bei Laryngitis sicca ausgelöst werden, wenn die Patienten sich quälen müssen, eine kleine Kruste aus der Plica interarytaenoidea zu entfernen.

Rauchfuss erkennt an, dass auch Spasmen Pseudocroup hervorrufen können. die Subchorditis sei aber die Hauptsache.

Semon (London) fragt Hrn. Rauchfuss, wie er sich das Zustandekommen der isolirten Subchorditis denkt, da doch sonst bei acutem Oedem gerade die Stimmbänder frei bleiben?

Rauchfuss: Die Ursache liegt im Bau des subchordalen Zell- und Schleimhautgewebes; das lehren die Injectionsversuche an der Leiche.

Hajek (Wien) verweist auf seine bis ins kleinste Detail gehenden, im Langenbeck'schen Archiv veröffentlichten Versuche über das Oedem der Kehlkopfschleimhaut. Auf den kleinsten Injectionsdruck schwillt das hypoglottische Gewebe an und setzt sich mittelst einer Furche vom Stimmband ab. Entzündungen in dem subchordalen Raum rücken symmetrisch vor; das ist bei den oberen Luftwegen überhaupt so.

B. Fränkel (Berlin) hat im Leben und an der Leiche auf den Kehlkopf beschränkte fibrinöse oder diphtherische Affectionen gesehen; der Rachen war frei, allerdings war dies vor dem Bekanntwerden des Löfflerbacillus. — Bei der Larynxdiphtherie steht die hypoglottische Entzündung nicht im Vordergrund, wohl aber bei Pseudocroup.

Rauchfuss: Die Laryngitis subchordalis spielt nicht in allen Fällen die Hauptrolle, sie kommt aber in allen vor, nur bald dominirend, bald im Beginn und oft unbeobachtet.

v. Wild (Frankfurt a. M.) hat einen Fall von primärer Larynxdiphtheritis beobachtet, wo erst 4 Tage nach der Tracheotomie Rachendiphtherie auftrat. Bacillen fanden sich erst im ausgehusteten Material am 3. Tag, während die Untersuchung des nach der Tracheotomie ausgehusteten membranösen Trachealausgusses auf Diptheriebacillen negativ ausfiel.

20. Spiess (Frankfurt a. M.) demonstrirt ein Kehlkopf-Stroboskop. Das Oertel'sche geistreiche Instrument zur Beobachtung der Stimmbandbewegungen

ist gross und theuer. Das vorgezeigte erlaubt vortrefflich die Beobachtung, ist sehr ingeniös in seiner compendiösen Gestalt, die gestattet, es bequem wie einen Reflector aufzusetzen. Die Sirenenscheibe kreist in einer Dose und wird mit dem Motor getrieben und mit dem Mund angeblasen. Zwei Glühlämpchen geben ausgiebiges Licht.

21. Max Scheier (Berlin): Ueber die Photographie der Nase und des Kehlkopfes mittelst Röntgenstrahlen.

S. demonstrirt Photographien von Lebenden und Leichen. Die Exposition für photographische Aufnahmen dauert für Nase und Nebenhöhlen noch 15 Minuten, für den Kehlkopf 2—5 Minuten. Die Photographie ist der Beobachtung mit Baryum-Platincyanür-Schirm vorzuziehen, da sie feinere Nüancirung zulässt. Auf den vorgezeigten Bildern der Nase und ihrer Nebenhöhlen sind die Stirnhöhlen und Kieferhöhlen bei geeigneter Lagerung gut wahrzunehmen. Für die Strahlen undurchgängige Fremdkörper heben sich deutlich ab. — Die Photographien des Kehlkopfs stammen, soweit scharf, von der Leiche; Alter der Individuen: 20, 25, 30, 50 Jahre; die Grenzen der Knorpel sind gut sichtbar, Fremdkörper gleichfalls. — Die Aufnahmen des Kehlkopfes von Lebenden, wobei die Platte mit einer Binde am Hals befestigt wird, sind trotz kurzer Exposition nicht sehr scharf. Der Kehlkopf bewegt sich eben beim Schlucken und der Respiration zu häufig. Die Methode verlangt noch bessere Ausbildung, d. h. Verkürzung der Exposition durch Verbesserung der Lichtquelle und Platten. — Sie verspricht gute Resultate für unsere Disciplin; zunächst sind sie schon sehr brauchbar zur Auffindung von Fremdkörpern, besonders bei Kindern, die sich nur schwer untersuchen und spiegeln lassen.

Discussion: Thost (Hamburg) zeigt Röntgen-Photographien von Patienten mit 2 Trachealcanülen; die seitlichen Aufnahmen sind weniger gut. Man sieht fast nur die Canüle, nicht die Weichtheile. — Weiter zeigt er eine Photographie mit einer Nadel in der Tonsille, die beim Versuch einer Umstechung wegen Nachblutung, abgebrochen war.

Vohsen (Frankfurt a.-M.) verspricht sich nach den Scheier'schen Aufnahmen 2 Vortheile bei besserer Ausbildung der Methode: 1. die Feststellung der Tiefendimension der Stirnhöhle, für welche die Durchleuchtung Nichts aussagt. 2. Erkenntniss der Stellung der Schildknorpel und Ringknorpelstellung bei der Phonation und der Wirkungsweise des Crico-thyreoideus.

Bergeat (München): Die Schatten in den Knorpeln, besonders die in der Gegend des Crico-arytaenoideal Gelenks sind Kalkeinlagerungen, sie entsprechen seinen speciellen Studien über diesen Punkt.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.): Es ist interessant, dass nach Scheier's Bildern die Verknöcherungen der Kehlkopfknorpel schon so früh auftreten. Je älter der Mensch, desto deutlicher werden die Bilder.

22. Zwaardemaker (Utrecht). Physiologie und Pathologie des Geruchs. (Gemeinsame Sitzung mit der neurologischen Section.)

Nach der Ausbildung der Terpenchemie und zweckmässiger Olfactometer,

können wir an eine Pathologie des Geruchs denken. Neurologen und Rhinologen müssen sich unterstützen. Erst nach Ausschluss peripherer Störungen dürfen wir an centrale denken. — Zw. entwickelt dann seine Eintheilung der Gerüche; Nahrungsgerüche, Sexualgerüche und Zersetzungsgerüche. Der Geruch beruht auf intermolekularen Bewegungen, die jedoch nicht wie Licht und strahlende Wärme sich merkbar in die Umgebung fortpflanzen. Er demonstrirt seine Riechmesser, Odorophoren. — Er bespricht die peripheren Anosmien: 1. Atresia Choanae congenita bedingt Anosmie. Auch durch Einblasungen kann keine Geruchsempfindung erzeugt werden. 2. Anosmie bei peripherer Facialisparalyse, auf die Beschränkung des Riechfeldes und Anhängen des Nasenflügels zurückzuführen.

Primäre Systemerkrankungen der Riechschleimhaut sind selten.

Pathologische Processe gehen meist von der respiratorischen Schleimhaut aus: Ozaena. Bedingt wird die Geruchsstörung hier weniger durch Krusten und Trockenheit der Schleimhaut, als durch die gebräuchlichen therapeutischen Spülungen und die Ablenkung der Luftstrombahn in Folge der Schrumpfung der Muscheln. Die Ozaena-Anosmie wird charakterisirt durch: 1. Gleichmässige, nicht sprungweise Herabsetzung aller Qualitäten. 2. Das Fehlen der Ermüdung. 3. Geringere Feinheit des Sinnes. Sie ist dadurch zu unterscheiden von der Neuritis olfactoria, die bei der Influenza oft zu beobachten war; sie charakterisirt sich durch die ungleichmässige Verbreitung über die verschiedenen Riechmesser und rasche Ermüdung. Die Anosmien der Tabiker und Paralytiker sind wahrscheinlich auch Neuritiden. Die Parästhesien dieser Kranken sind vielleicht Reizungen der freien Trigeminusendigungen, die für scharfe Riechstoffe sehr empfindlich sind. — Z. bespricht noch die hysterischen Anosmien mit Herabsetzung für die durch Asa foetida charakterisirte Klasse.

Die centrale Riechbahn ist beim Menschen wahrscheinlich theils gekreuzt, theils ungekreuzt; so erklären sich die bald gekreuzten, bald collateralen Anosmien bei Rindenerkrankungen.

Aus dem exacten Zusammenarbeiten der beiden Nasenhälften, welche verschiedene Gerüche leicht compensiren, geht der innige Zusammenhang der beiden Centren hervor.

Zw. bespricht noch die Symptome der Läsionen vor dem hypothetischen Chiasma olfactor. und der corticalen im Ammonshorn lokalisirten. Er resümirte Folgendes:

1. Neben respiratorischen Anosmien sind essentielle zu verzeichnen, welche auf Destruction der Riechschleimhaut beruhend, meistens ihre Ursache in pathologischen Prozessen des respiratorischen Theils der Nasenhöhle finden. Sie fallen dem Arbeitskreis der Rhinologen zu.

2. Die essentiellen Anosmien sind öfter schwer zu unterscheiden von dem Krankheitsbild, welches man als Neuritis olfactoria zu bezeichnen gewöhnt ist und welches seinen Sitz hat in den Neuronen I. Ordnung. Schnelle Ermüdung, Nachgerüche, Parosmien sind die kennzeichnenden Eigenschaften dieser Affection.

3. Intracranielle Anosmien im engeren Sinne sind manchmal Herdsymptome, deren Bedeutung sich am leichtesten erklären lässt, wenn man eine partielle Kreuzung der centralen Riechbahn anzunehmen sich entschliesst.

Discussion: Aronsohn (Ems) hält die Z.'sche Classification der Gerüche für willkürlich. Er verweist auf seine Publikationen.

Zwaardemaker hält Aronsohn's Untersuchungen gerade für eine Erhärtung seiner Eintheilung. Vohsen (Frankfurt a. M.)

III. Briefkasten.

J. Michael †.

Am 6. Januar verstarb zu Hamburg plötzlich in der Blüthe der Jahre der Specialarzt für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Herr Dr. J. Michael. Derselbe gehörte zu den, in unserer Specialität glücklicher Weise nicht seltenen Aerzten, welche, nicht an einer Hochschule thätig, den Schatz unserer Erfahrung und unseres Wissens durch wissenschaftliche Arbeiten bereichern. In Michael haben wir einen fruchtbaren Schriftsteller verloren. Unter seinen Originalarbeiten seien hier erwähnt: 1. Ueber Gesang- und Registerbildung (Allg. Musikal. Zeitung, 1877, und die Monographie: Die Bildung der Gesangsregister. Hamburg und Leipzig 1887). 2. Ueber Keuchhustenbehandlung (Deutsche Wochenschr., 1886, No. 5, Arch. f. Kinderhlkde, VIII, VI. Congr. f. inn. Medicin). Michael fasste bekanntlich den Keuchhusten als eine Reflexneurose der Nasenhöhle auf und wollte ihn durch Einblasen von Benzoe-Pulver in die Nase heilen. 3. Chronische Kehlkopfaffection der Kinder im Gefolge acuter Infectionskrankheiten (Deutsches Archiv f. klin. Medicin). 4. Diagnostik und Therapie der Lungensyphilis (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1882). 5. Aphonia und Dyspnoea spastica (Wiener Presse, 1885). 6. Die permanente Tamponade der Trachea (Langenbeck's Arch., Bd. XXVIII, 3). Michael nahm für sich die Erfindung der Schwammcanüle in Anspruch (Berl. klin. Wochenschr., 1888, S. 157). 7. Sein Doppelmeissel zur Behandlung adenoider Vegetationen (Berl. klin. Wochenschr., 1881, No. 5) war eine Zeit lang das zu diesem Zwecke gebräuchlichste Instrument. Auch sonst hat Michael unser Instrumentarium zu verbessern gesucht. 8. Neuer Beleuchtungsapparat mit kaltem Licht (Vierteljahrsschr. d. ärztl. Polytechnik, 1881). 9. Pharynxdilatator (Monatsschr. d. ärztl. Polytechn., 1882, Heft 5). 10. Führungsstäbe für die Speiseröhre (Deutsche Wochenschr., 1890). Mehr lehrbuchmässige Darstellungen sind: 11. Adenoide Vegetationen (Wiener Klinik, 1885) und 12. Die Untersuchung des Kehlkopfs (Deutsche Med. Zeitung, 1886). In englischer Sprache publicirte er 13. Kehlkopfaffectionen behandelt nach der Koch'schen Methode (Journ. of Laryngolog., Jan. 1891). Ausserdem hat Michael einige ohrenärztliche Abhandlungen veröffentlicht.

Michael war ein gesuchter Arzt und ein beliebter College. Er war ein fleissiges Mitglied ärztlicher Vereine und besuchte gern die Versammlungen der Congresse, in deren Discussionen er häufig das Wort ergriff. Dabei hatte er die glückliche Gabe, durch humorvolle Poesie seine Standesgenossen zu erfreuen und ihre Herzen zu gewinnen. Seine Lieder mit dem Refrain „dem wird die Nase ausgebrannt" oder „Sie glauben gar nicht, wie gesund das ist", gehören zu dem Besten, was medicinischer Humor hervorgebracht hat. Am bekanntesten ist sein Lied von den „Adenoiden Vegetationen" geworden, mit welchem er auf dem internationalen Congress in Kopenhagen einen nicht enden wollenden Beifallssturm hervorrief. Dieses Centralblatt giebt dasselbe Bd. I, p. 109 wieder. Die äussere Erscheinung Michael's ist von der Meisterhand des humorvollen Zeichners C. W. Allers im Bilde erhalten worden. Wir werden unserem verstorbenen Collegen ein treues Andenken bewahren! B. Fränkel.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, März. 1897. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Jonathan Wright. Kritisches Referat über neuere laryngologische und rhinologische Arbeiten. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Juni 1896.*

Wie die früheren, ist auch dieses Referat in gleichem Maasse interessant, wie lehrreich. Der Verf. spricht über die verschiedenartigen Erscheinungen der neueren Literatur, von den Knochencysten in der Nase bis zu den Adenoidmassen im Larynx.

Von Interesse ist, was er von der nodulären Laryngitis der Kinder schreibt. Diese bei Chorknaben und Schulkindern vorkommende, auf Muskelüberanstrengung zurückzuführende Affection ist mit dem als Sängerknoten bekannten Leiden der Erwachsenen identisch. Nach Moure helfen adstringirende Applicationen und auch absolute Ruhe des Stimmapparates nicht viel, zur Zeit der Pubertät aber vergeht die Affection. Auch Kayser hält das Leiden, das übrigens in den gebräuchlichen Lehrbüchern nur sehr spärliche Erwähnung findet, für überraschend hartnäckig.

Die Artikel von Hewlett, Thompson, Mackenzie, Dmochowski und Eugen Fränkel über die Bakteriologie und Pathologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen werden besprochen.

Zuletzt erörtert W. das Vorkommen lymphoider Hypertrophien oder adenoider Wucherungen im Larynx ohne allgemeine Lymphomatosis. Diese Massen können unter dem Bild multipler Papillome erscheinen; wenn alle als papillomatöse Wucherungen entfernte Bildungen mikroskopisch untersucht würden, fände man gewiss nicht so selten eine mehr lymphoide, als epitheliale Structur. In diesem Zusammenhang erinnert Verf. an ein entgegengesetztes Vorkommniss. Die an der Zungenbasis vorkommenden Hypertrophien werden stets für lymphoide Wucherungen angesehen. Bei Frauen mittleren Alters aber ist dies recht häufig nicht der Fall. Verf. fand mehrmals bei der mikroskopischen Untersuchung eine

epitheliale Hyperplasie mit sehr spärlichen lymphoiden Elementen. Diese Bildungen sind bisweilen echte Warzen, was man nicht nur mit dem Mikroskop erkennt, sondern auch mit dem Finger zu fühlen vermag; sie sind hart, hornartig, nicht weich und succulent, wie das adenoide Gewebe. LEFFERTS.

2) **John R. Winslow. Einige bemerkenswerthe Krankengeschichten. (Some clinical curiosities.)** *Journal of Eye, Ear and Throat Diseases Baltimore. October 1896.*

Eine retropharyngeale Haematocele nach Stichelung der Tonsille. Am Tage nach dem Einstich bestand eine ausserordentliche Vorwölbung der hinteren Rachenwand und des rechten Gaumenbogens. Auf Incision entleerte sich eine ganze Masse von dunklem, zum Theil geronnenem Blut. Die Wunde heilte rasch.

Ein Speichelstein entfernt aus einer Abscesshöhle vor dem Larynx. 30jähriger Mann mit einer hühnereigrossen Anschwellung direct vor dem Pomum Adami. Mehrere Fistelgänge waren vorhanden. Einige Monate vorher hatte der Pat. eine harte Masse unterhalb der Zunge gefühlt. Augenscheinlich war ein Stein der Sublingualdrüse durch die Halsgewebe bis vor den Kehlkopf gewandert.

Eine Cyste des rechten hinteren Gaumenbogens und des Sinus pyriformis. 20jährige Frau mit einer etwa sperlingseigrossen polypoiden Geschwulst, die am rechten hinteren Gaumenbogen aufsass und nach unten in den Kehlkopf sich erstreckte. Die untere Befestigung liess sich nicht sehen. Wiederholt waren Theile des Tumors exstirpirt worden. Jetzt bestand derselbe 3 Monate und wurde mit der kalten Schlinge abgetragen. Als untere Ansatzstelle liess sich dann der Sinus pyriformis erkennen. An dem hinteren Gaumenbogen bildet sich bereits wieder ein Recidiv. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

3) **Grósz** (Budapest). **Beiträge zur Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soor bei Neugeborenen.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 2. Heft. 1896.*

Unter den prädisponirenden Umständen, welche bei dem Zustandekommen der Stomatomykose eine Rolle spielen, werden die Verdauungsstörungen vielfach erwähnt, Gr. hatte auch solche Fälle zu verzeichnen, bei welchen die Verdauung durchaus ungestört blieb. Gelegentlich der Besprechung der hygienischen Maassregeln und vor Allem der prophylaktischen gegen Soor erklärte sich der Autor entschieden gegen die prophylaktischen Mundwaschungen, weil dieselben nicht nur zwecklos, sondern geradezu schädlich, in manchen Fällen sogar gefahrbringend seien. Da trotz gründlichster Reinigung, Lüftung, Schwefelung der Gebär- und Wöchnerinnenzimmer in der II. geburtshülflichen Klinik in Budapest immer wieder neue Soorfälle vorkamen, wurde nach dem Muster des Credé'schen Verfahrens bei jedem Neugeborenen vom ersten Tage nach seiner Geburt bis zu seiner Entlassung aus der Klinik täglich die Mundhöhle mit 1proc. Argentum nitricum-Lösung ausgepinselt. Seit Einführung dieser Pinselungen minderten sich die Soorfälle ganz erheblich. Bei entwickeltem Soor wurden die Mundpinselungen mit 3proc. Argent. nitr.-Lösung täglich einmal vorgenommen. SEIFERT.

4) **Strübing** (Greifswald). **Ueber Neurosen der Athmung (Spanopnoe und Tachypnoe).** *Zeitschr. f. klin. Med. XXX. 1896.*

Sie haben gemeinsam die anfallsweise auftretende Athemnoth bei Intactheit der Lungen und des Herzens; die Athmung ist im Anfall verlangsamt oder beschleunigt, und das Verhältniss der beiden Athmungsphasen zu einander kann gleichfalls eine Störung erfahren. Zur Dyspnoe gesellen sich Angstgefühle verschiedenen Grades.

Die Neurose setzt eine Disposition voraus, die meist durch Hysterie und Neurasthenie gegeben ist.

St. berichtet über einige hierhergehörige selbst beobachtete Fälle, von denen die beiden ersten das Bild der Spanopnoe, der verlangsamten Athmung zeigen, und zwar wurde diese „Hemmungsneurose“ einmal vom Uterus, das zweite Mal von der Nase ausgelöst.

Die beiden anderen Fälle sind Repräsentanten der Tachypnoe, d. h. Zunahme der Frequenz der Respirationsbewegungen und Abnahme ihrer Tiefe.

Die sehr interessante Arbeit, in der manche Punkte, über die hier aus Raummangel nicht berichtet werden kann, zur Erörterung gelangen, sei den Lesern d. Bl. zur Lectüre warm empfohlen. A. ROSENBERG.

5) **E. E. Hamilton. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Oklahoma Med. Journ. Mai 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **Carolus M. Cobb. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Atlantic Medical Weekly. 3. October 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

7) **Chapard. Rachitische Verbildungen und Wirbelsäulen-Verkrümmungen in ihren Beziehungen zu den chronischen Verstopfungen der oberen Luftwege. (Des deformations rachitiques et des deformations rachidiennes dans leurs rapports avec les obstructions chroniques des voies supérieures.)** *Thèse de Paris. 1896.*

In der von Redard veranlassten, sehr sorgfältigen Studie weist Verf. den erheblichen Einfluss nach, den die Verstopfungen der oberen Athemwege, u. z. vornehmlich die Mandelhypertrophien und die adenoiden Vegetationen, auf die Entwicklung des Thorax ausüben. Infolge der Herabsetzung der buccalen Athmung wird die Lunge weniger ausgedehnt, der Brustkasten entwickelt sich nicht recht und deformirt; seine Deformation wird um so grösser, je mehr sich noch der Einfluss rachitischer Veränderungen hinzugesellt. Die Deformationen haben nichts Charakteristisches, es kommen alle Abarten vor. Zu den Veränderungen des Thorax treten die der Wirbelsäule, Lordose und Skoliose. Der Verf. bespricht die verschiedenen Arten von Deformirung und weist den günstigen Einfluss nach, den eine gegen die erste Ursache gerichtete Behandlung hat, wenn die Veränderungen noch nicht zu weit vorgeschritten sind. A. CARTAZ.

8) **Bottermund** (Dresden). **Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen.** *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. IV. Heft 5. 1896.*

Während oder kurz vor der Menstruation beobachtet man sehr häufig eine periodische Ueberfüllung der Schwellkörper der Nase, wodurch wiederum eine Prädisposition zu katarrhalischen Erkrankungen geschaffen wird. Die Congestionszustände in den oberen Luftwegen rufen des Oefteren bei Lehrerinnen, Sängerinnen, Schauspielerinnen Functionsstörungen der Stimmorgane hervor. Aehnliche Verhältnisse beobachtet man während der Schwangerschaft. Frauenleiden, welche zu fortgesetzten Blutungen Veranlassung geben, führen häufig zu Parästhesien und Anästhesien im Kehlkopf. SEIFERT.

9) **Buttersack** (Hanau). **Wie erfolgt die Infection der Lungen?** *Zeitschrift f. klin. Med. XXIX. 1896.*

Die Mehrzahl der in der Einathmungsluft befindlichen körperlichen Bestandtheile wird durch die Nase und den Rachen zurückgehalten und gelangt z. Th. in das adenoide Gewebe, besonders in die Tonsillen, von hier aus in die Lymphdrüsen des Halses. Gelingt es ihnen — insbesondere den Bacillen — durch die Kette derselben hindurchzugleiten, so werden sie in den Bronchialdrüsen abgelagert; entwickeln sie sich nun weiter, so gelangen sie, da nach Schwellung der Bronchialdrüsen der centripetale Lymphstrom stocken resp. sich umkehren muss, auf retrogradem Wege nach den Lungen hin und lagern sich zunächst vielleicht in der Pleura ab. A. ROSENBERG.

10) **T. F. Rumbold. Mucositis statt Catarrh als Bezeichnung für die Entzündung der Schleimhaut. (Mucositis vs. catarrh as names for inflammation of the mucous membrane.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. Juli 1896.*

R. schlägt vor, den Namen Mucositis für die alte Bezeichnung Catarrh einzusetzen, um anzudeuten, dass die Entzündung auf die Schleimhaut begrenzt ist. Die Localisation der Erkrankung liesse sich durch Zusätze kenntlich machen, wie Naso-mucositis acuta s. chronica, Pharyngo-mucositis, Broncho-mucositis etc.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

11) **Robert Peter. Catarrh. (Catarrh.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. November 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

12) **J. B. Mc Cassey. Beziehung der Fussbekleidung zum Catarrh. (Footwear in relation to catarrh.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 24. Octob. 1896.*

Ungeeignete Fussbekleidung verursacht Abkühlung der Körperoberfläche, indem die excretorische Function der Haut gehemmt wird. An den Schleimhäuten der oberen Luftwege macht sich dies durch Entstehung von Congestion und Infiltrationen geltend. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

13) **A. H. Edwards. Augen-, Nasen-, Ohren- und Halscatarrh. (Catarrh of the eye, nose, ear and throat.)** *The Med. Brief. Juni 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

14) **Henry B. Hitz. Atmosphärische Veränderungen als directer ätiologischer Factor bei catarrhalischer Erkrankung der oberen Luftwege. (Atmospheric changes as a direct factor in the etiology of catarrhal diseases of the respiratory tract.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

Plötzliche Schwankungen des Thermometers und des Barometerstandes können nach H. hypertrophische Rhinitis verursachen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **T. C. Cristie. Bemerkungen über die Ursachen und die Verhütung acuter Entzündungen in den oberen Luftwegen bei Kindern. (Remarks on the causation and prevention of acute inflammation of the air passages in children.)** *Pittsburg Med. Review. November 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **C. Graefe. Die Localbehandlung der Krankheiten der oberen Luftwege. (The local treatment of diseases of the air passages.)** *Columbus Med. Journ. 7. Juli 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

17) **Lemoine. Behandlung von Erkrankungen der oberen Luftwege durch warme Bäder. (Treatment of affections of the respiratory passages by warm baths.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1896.*

Verf. behandelte und heilte 60 Fälle von entzündlicher Erkrankung der oberen Wege, wie Tubencatarrh, Lungenentzündung etc. mit Bädern von 37,5° C. Kalte Bäder sind für diese Fälle nicht indicirt, wie wirksam sie auch bei Typhus sein mögen. Spillmann, Bard und Cassuet dagegen haben die kalten Bäder bisweilen nützlich gefunden, besonders in den ersten zwei oder drei Tagen acuter entzündlicher Erkrankung. LEFFERTS.

18) **H. Straight. Bericht über einen Fall von Spitzencatarrh, der eine Nasenerkrankung vortäuschte. (Report of a case of apex catarrh simulating nasal catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 8. August 1896.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Gselin. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Med. Record. 3. October 1896.*

G. giebt bei Influenza Creosot 0,9—4,5 g täglich. LEFFERTS.

20) **Bouyer. Die Pharyngo-Laryngitis sicca und ihre Behandlung mit den Quellen von Cauterets. (La pharyngo-laryngite sèche et son traitement par les eaux de Cauterets.)** *Gaz. hebd. de scienc. méd. No. 14. 5. April 1896.*

Das Wasser von Cauterets hat sowohl bei localer Application (Irrigationen, Nasendouche, Gurgelungen, Einstäubungen) als auch bei internem Gebrauch eine günstige und anhaltende Wirkung auf die Pharyngo-Laryngitis sicca und den Nasenrachencatarrh, der diese gewöhnlich begleitet. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **A. R. Amos. Neuere Anschauungen über die Ursachen des Asthma, des Heufiebers und verwandter Affectionen und ihre Behandlung. (Recent views of the causation of asthma, hay fever and allied affections and their treatment.)** *Tri-State Med. Journ. September 1896.*

Literarische Zusammenstellung, ohne eigene Erfahrungen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

22) **P. M. Makwell. Die Wirkung der Nasenverstopfung auf die Accomodation. (The effects of nasal obstruction on accomodation.)** *British Medical Journal. 26. September 1896.*

Vortrag, gehalten in der ophthalmologischen Abtheilung der letzten Jahresversammlung der British Medical Association. M. giebt einige einschlägige Krankengeschichten.

ADOLF BRONNER.

23) **E. E. Clark. Nasale Reflexe. (Nasal reflexes.)** *Chicago Med. Recorder. October 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Réthi. Bemerkungen über die sogenannten Reflexneurosen. (Quelques remarques au sujet des soi-disant névroses réflexes.)** *Rev. internat. de rhinolog., otol. et laryngol. No. 2. Februar 1896.*

Bei Besprechung von zwei Fällen von Erbrechen bei intactem Intestinaltractus und Aufhören desselben nach Aetzung der Regio olfactoria der Nasenschleimhaut sagt Verf., dass es sich nicht eigentlich um eine Reflexneurose handelte, sondern um eine Hyperaesthesie des N. olfactorius.

E. J. MOURE.

25) **H. B. Chandler. Hyterophorie als Reflexwirkung von der Nase aus. (Hyterophoria from nasal reflexes.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. Oct. 1896.*

Verf. berichtet über 4 Fälle, die durch Verkleinerung hypertrophirter Nasenmuscheln geheilt wurden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **Frank C. Todd. Epilepsie infolge von Nasenverstopfung. (Epilepsy due to nasal obstruction.)** *The Laryngoscope. October 1896.*

17jähriger Knabe mit häufigen epileptischen Anfällen, denen Schmerzen in der Stirngegend voraufgingen. Die Abtragung einer breiten Ecchondrose in der linken Nasenseite und Entleerung des Eiters aus der Stirnhöhle brachte vollständige Heilung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

27) **Schech. Das nasale Asthma und seine Beziehungen zum Emphysem.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1896.*

Jahrelang fortdauernde Asthmaanfälle führen namentlich bei älteren Indivi-

duen durch fortwährende Dehnung der Alveolarwände zu Emphysem im anatomischen Sinne, während bei jugendlichen Personen selbst nach vielen Jahren eine völlige Rückbildung der erweiterten Lunge möglich ist. Die gewöhnlich als Asthma bezeichneten Athmungsbeschwerden der Emphysematiker haben Nichts mit dem bronchialen Asthma gemein und sind theilweise cardialer Natur. Sch. konnte das schon von Sommerbrodt behauptete Vorkommen einseitigen Asthmas und zwar entsprechend der erkrankten Seite der Nase bestätigen, ebenso die Existenz larvirter Formen, unter denen die chronische Bronchitis mit leichten Athembeschwerden und ohne deutliche Lungenblähung die häufigste Abart ist. Man sollte sich deshalb nicht immer mit der Diagnose Emphysem und chronische Bronchitis begnügen, sondern auch die Nase untersuchen und eine entsprechende Localbehandlung einleiten, durch welche die Beschwerden des Kranken theils ganz behoben, theils beträchtlich erleichtert werden können.

Autoreferat.

28) **Sanger. Asthma. (Asthma)** *N. Y. Med. Record. 12. September 1896.*

Verf. behandelt mit Eisaufschlägen auf den Vagus, die am Halse applicirt werden.

LEFFERTS.

29) **Redact. Notiz. Heufieber. (Hay fever.)** *The Med. Age. 10. Sept. 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **W. W. Bulette. Die Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *The Med. Fortinghly. 1. September 1896.*

B. behandelt die pathologischen Zustände, soweit solche vorhanden sind, und giebt ausserdem Nervenberuhigungsmittel, Tonica u. s. w.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **W. Cheatham. Das Heufieber. Seine beste Behandlung im Hause. (Hay fever. The best treatment for stay-at-homes.)** *The Laryngoscope. October 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **W. E. Waugh. Antiseptische Behandlung der beim Heufieber vorhandenen Läsionen des Nasenrachenraums an Stelle der chirurgischen Therapie. (Antiseptic instead of surgical treatment of the naso-pharyngeal lesions present in hay fever.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. Juli 1896.*

W. empfiehlt das Formalin; er beginnt die Behandlung mit einer $^1/_2$ proc. Lösung und geht zu stärkeren vor, bis eine leichte Reizwirkung eintritt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

33) **Redact. Notiz. Heufieber. (Hay fever.)** *Medical Age. 10. October 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **Redaction. Bemerkung. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 12. September 1896.*

Der Spray wird verworfen, statt dessen empfohlen, auf Wattebäuschen eine Salbe in die Nase einzuführen, die folgendermassen zusammengesetzt ist:

Cocain muriat.	6	Theile,
Ac. Carbolic.	10	„
Menthol	20	„
Ol. Amygdal. dulc.	120	„
Ung. Zinci	240	„

LEFFERTS.

35) **Redact. Notiz. Gegen Heufieber. (Hay fever.)**

Rp. Eucalyptol
Glycerin ana 30,0,
Tct. Opii 7,5,
Aqua destill. ad 180,0,
D. 3mal tgl. als Spray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

36) **Seth S. Bishop. Erfolgreiche Behandlung von Heufieber. (The successful treatment of hay-fever.)** *The Laryngoscope. Juli 1896. Medical News. 12. September 1896.*

Verf. glaubt, dass die Harnsäure-Theorie die Krankheit zu erklären vermag. Neben der Localbehandlung ist der Diät grosser Werth beizumessen. Fleischspeisen, Wein und Bier sind zu beschränken, Früchte, Vegetabilien, Milch und Fette zu bevorzugen. Die medicamentöse Bekämpfung der Lithaemie besteht in Salicylsäure-, Salicin- und Lithion-Verordnung. Tabloids von Morphin, Atropin und Coffein sind von gutem Einfluss auf das Niesen, den wässrigen Ausfluss und die Stenose.

LEFFERTS.

37) **Thost. Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1896.*

Th. bestätigt die auffallende Häufigkeit der Erkrankung im Norden, sowie die Heredität, das Vorkommen bei mehreren Kindern einer Familie sowohl, als auch bei Eltern und Kindern. Die Stränge und Leisten, welche von der Tube zum Rachendach ziehen und Functionsstörungen der Tube zur Folge haben, hält Th. für Reste adenoider Wucherungen. An der Rachenmandel kommen dieselben acuten und chronischen Affectionen vor wie an den Gaumenmandeln, so namentlich acute catarrhalische folliculäre und lacunäre Entzündungen, Abscesse, Diphtherie, Syphilis und Tuberculose. Eine nahezu constante Begleiterscheinung der hyperplastischen Rachenmandel sind diffuse Lymphdrüsenschwellungen im unteren Halsdreieck. Seltener ist auch eine Submentaldrüse geschwellt, dagegen findet sich häufig Eczem. Nach Entfernung der Rachenmandel verschwindet meist völlig der Kopfschmerz und der Pavor nocturnus, während Asthma, Enuresis und Stottern sehr häufig wenig oder garnicht beeinflusst werden. Blutungen und Verlust des Geruches konnte Th. nie constatiren. Die Entfernung der hyperplastischen Rachentonsille muss eine vollständige sein.

SCHECH.

38) **A. Sikkel** (Haag). **Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (De adnoide vegetaties der neuskeelholte.)** *Med. Weekbl. III. No. 3, 5, 7, 9.*

Ausführliche und sehr klare Besprechung des Leidens, dessen Folgezustände, Symptome und Behandlung.

H. BURGER.

39) **E. J. Birmingham. Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Adenoids of the naso-pharynx.)** *Southern Med. Magazine. Februar 1896.*

Eine klinische Vorlesung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

40) **Frank M. Sherman. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 30. April 1896.*

Verf. empfiehlt die Exstirpation mittelst der Curette unter Narkose.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

41) **Walker Downie** (Glasgow). **Aprosexie, Convulsionen und Adenitis infolge von pathologischen Veränderungen in den Gaumen-, Zungen- und Rachen-Tonsillen. (Aprosexia, convulsions and adenitis dependent on pathological changes in the faucial, lingual and pharyngeal tonsils.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1896.*

Die Ueberschrift lässt im Grossen und Ganzen erkennen, worum es sich in D.'s Arbeit handelt. Einzelne Bemerkungen des Verf. müssen wohl als zu dogmatisch bezeichnet werden. So z. B. sagt D., dass „die Gaumentonsillen keine directe Communication mit dem allgemeinen Lymphsystem haben". Aprosexie hat D. beobachtet; er hält es aber für bemerkenswerth, dass wenn Guye's Erklärung correct ist, keine bleibenden und nachweisbaren Veränderungen im Gehirn vorliegen. Vier Fälle von Convulsionen wurden beobachtet; nach Entfernung der adenoiden Vegetationen blieben die Patienten monatelang von Krämpfen verschont. D. führt die Krampfanfälle auf das Hinunterfliessen von Secretmassen in den Larynx zurück. — D. nimmt an, dass die Gaumentonsillen selten, wenn überhaupt jemals für Drüsenanschwellungen verantwortlich sind. (? Ref.)

P. MC. BRIDE.

42) **Buchanan, Newman, Nicoll** (Glasgow). **Aprosexie, Convulsionen und Drüsenentzündung infolge von pathologischen Vorgängen an Gaumen-, Zungen- und Rachentonsillen. (Aprosexia, convulsions and adenitis dependent on pathological changes in the faucial, lingual and pharyngeal tonsils.)** *Glasgow Med. Journal. April 1896.*

Buchanan giebt an, dass „zufriedenstellende Resultate" bei Epilepsie erzielt wurden. Newman hat durch Beseitigung nasaler Verstopfung Heilung von Enuresis nocturna herbeigeführt. Die Mittheilungen wurden zur Discussion von Downie's Vortrag gemacht. P. MC. BRIDE.

43) **Dubrow. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. (Ob adenoidnich rasraschtschenijach w nosoglototschnom prostranstwe.)** *Ejenedelnik. No. 10. 1896.*

Die Ueberschrift besagt alles. HELLAT.

44) **A. M. Howe. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Western Med. Journal. April 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

45) **S. K. Merrick. Hypertrophie der Rachentonsille. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *The Charlotte Med. Journal. April 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

46) **Helsmoostel** (Antwerpen). **Zwei Fälle secundärer Hämorrhagie nach Abtragung adenoider Vegetationen. (Deux cas d'hémorrhagie secondaire à l'ablation de végétations adénoides.)** *La Belgique Med. No. 16. 1896.*

Mittheilung zweier Fälle von secundärer Hämorrhagie nach Entfernung der Nasenrachentonsille, wovon der eine ein $9^1/_2$jähriges Mädchen betrifft, bei welcher die Hämorrhagie sich in der Nacht vom 5. auf den 6. Tag nach der Operation einstellte; der andere ein 6jähriges Mädchen, wo sie am 5. Tage auftrat nach der Operation, glücklicherweise ohne schlimme Nachwirkungen. BAYER.

47) **Price Brown. Ungewöhnliche Züge in dem klinischen Bilde der adenoiden Vegetationen. (Unusual features in the clinical history of adenoid disease.)** *Canadian Practitioner. Juli 1896.*

6 Krankengeschichten, bis auf eine wenig bemerkenswerth.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

48) **H. L. Hilgartner. Hypertrophie der Rachentonsille. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *Texas Med. Journal. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

49) **J. E. Shadle. Postnasale adenoide Hypertrophie; mit besonderer Bezugnahme auf ihre frühzeitige Erkennung durch den Hausarzt. (Post-nasal adenoid hypertrophy: with special reference to its early recognition by the family physician.)** *The Laryngoscope. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **S. S. Bishop. Adenoide Vegetationen im Rachengewölbe. (Adenoid vegetations in the vault of pharynx.)** *New Albany Medical Herald. September 1896.*

Verf. bevorzugt für die Narkose das Bromaethyl.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

51) **F. E. Waxham. Adenoide Vegetationen und ihre Behandlung; mit Vorstellung von Instrumenten. (Adenoid vegetations. Treatment and exhibition of instruments.)** *Denver Med. Times. September 1896.*

W. bevorzugt die Gottstein'sche Curette. Bei kleinen Kindern verwendet er ein Anaestheticum. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

52) **E. F. Parker. Adenoide Geschwülste im Nasenrachenraum; illustrirt durch Krankengeschichten. (Adenoid growths in the naso-pharynx with illustrative cases.)** *North Carolina Med. Journal. 5. October 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

53) **Marmaduke Sheild. Ueber adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Remarks concerning adenoid growths of the naso-pharynx.)** *Clinical Journ. 14. October 1896.*

Wenn Taubheit vorhanden ist, soll man die Vegetationen entfernen, auch wenn dieselben sehr klein sind. Bei geringer Nasenobstruction genügt oft die Nasendouche. Lachgas und Aether können gegeben werden. Das Kind liegt auf der Seite mit herabhängendem Kopf. Man soll nicht zu schnell operiren. Verf. benutzt verschiedene Curetten, dann einen Eisennagel und schliesslich den Fingernagel. Nach der Operation soll das Kind kräftig schnäuzen und nach 12 Stunden wird die Nase mit Borsäurelösung ausgespritzt (!!). Wenn Taubheit vorhanden war, soll man einen ganzen Monat lang nach der Operation den Politzer benutzen, ausserdem adstringirende Pinselungen oder Sprays für den Hals. Unterlässt man dies, so erzielt man keine guten Resultate. (Nach meiner Erfahrung ist die oben empfohlene Nachbehandlung eine höchst gefährliche und ruft häufig starke und gefahrdrohende Mittelohrerscheinungen hervor. Ref.)

Für gewöhnlich soll man Mandeln und Vegetationen zur gleichen Zeit entfernen, aber nicht bei schwächlichen Kindern. Die Vegetationen wachsen manchmal wieder.

ADOLPH BRONNER.

54) **Jackson Clarke. Adenoide Vegetationen. (Adenoids of the naso-pharynx.)** *British Medical Journal. 21. November 1896.*

Demonstration von Präparaten in der Harveian Society am 5. November 1896. Nichts Neues.

Bei derselben Gelegenheit zeigte Dr. Hill einen Fall von Lupus der Uvula und des weichen Gaumens.

SEMON.

55) **F. H. Boucher. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoids of the naso-pharynx.)** *Jowa Med. Journ. November 1896.*

B. bevorzugt die Auskratzung mit dem Fingernagel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

56) **C. Hennebert** und **E. Janquet. Radicalcur der adenoiden Tumoren. (Cure radicale des tumeurs adénoïdes.)** *La Clinique. No. 30 und 31. 1896.*

a) Aseptische Vorsichtsmaassregeln.

b) Immobilisirung der Kranken:

bei Kindern: allgemeine Anästhesie; Assistenz.

bei Erwachsenen: Localanästhesie.

c) Herausbefördern eines Tumorenfragmentes mittelst der „Körbchencurette“.

d) Vollständige Curettage, besonders seitlicher, vermittelst einfacher Curetten.

e) Entfernen der letzten Spuren adenoider Wucherungen. Digitaluntersuchung und Auskratzen mit dem Nagel.

f) Vermeidung postoperativer Blutungen.

BAYER.

57) **Kirstein. Zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachens.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 9.*

K. hat das Gottstein'sche Messer abgeändert. Sein Instrument besteht

aus einem rechteckigen über die Fläche abgebogenen Rahmen, dessen vorderer Querbalken an der Innenkante scharf ist. Der Vortheil beruht darin, dass der Raum zur Aufnahme der Rachentonsille grösser ist. LANDGRAF.

58) **Hessler. Eine Modification des Schütz'schen Pharynxtonsillotoms.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 37.*

Die Modification besteht darin, dass das Messer durch Vorschieben zum Schneiden kommt.

Lieferant Baumgartel, Halle a. S. Preis 30 Mark. LANDGRAF.

59) **John W. Farlow. Leichte Narkose bei Abtragung adenoider Vegetationen. (Light anaesthesia in the removal of adenoid vegetations.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 7. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS)

60) **T. M. Hardie. Ueber adenoide Vegetationen; Narkose, Instrumentarium und Operationsmethoden. Mit besonderer Berücksichtigung der Bromaethylnarkose. (Adenoid vegetations; the anaesthetics, the instruments, the operations. With special reference to operation under bromide of ethyl anaesthesia.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. Juli 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Man soll unter allgemeiner Narkose (zu bevorzugen ist Chloroform) bei der Mehrzahl der kleinen Kinder operiren.
2. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist der Gebrauch der kalten Schlinge und die lokale Auaesthesirung durch Cocain ausreichend; bei kleinen Kindern soll man Cocain nicht anwenden.
3. Die Lachgasnarkose ist häufig zu kurz dauernd für die richtige Durchführung der Operation.
4. Das Aethylbromid — von der noch unentschiedenen Frage der Gefahrlosigkeit ganz abgesehen — ist ein für viele Fälle sehr erwünschtes Narkoticum. Für sehr nervöse oder furchtsame Kinder empfiehlt es sish nicht.
5. Aether ist dem Bromäthyl vorzuziehen, wenn die Operation voraussichtlich sich in die Länge zieht.
6. Die Gottstein'sche Curette ist alles in allem das zweckmässigste Instrument, besonders für die unter Bromäthylnarkose vorgenommenen Operationen. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

61) **D. W. Montgomery. Ein hartnäckiger Schanker der Unterlippe. (An obstinate chancre of the lower lip.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 1. August 1896.*

Die Ulceration heilte erst nach mehrmonatlicher Behandlung aus.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

62) **Kummer** (Genf). **Speichelcysten der Lippenschleimhaut, Charakter und Behandlung. (Les kystes salivaires de la muqueuse labiale etc.)** *Revue méd. Suisse rom. No. 6. 1896.*

Dieselben bilden starke Wülste, welche unter der Oberlippe parallel zu dieser hervorragen. Der Inhalt ist ähnlich wie bei Ranula. Sie gehen aus den uncollabirten Speicheldrüsen der Lippe hervor. Manchmal verdoppeln sie förmlich die Oberlippe. Exstirpation und Naht unter Cocain.

JONQUIÈRE.

63) **Fahrenbach** (Unterrieden). **Die Hasenscharten auf der Göttinger chirurgischen Klinik vom April 1885 bis October 1895.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44. Heft 1 u. 2. 1896.*

Die Operation wurde stets möglichst bald, unter Umständen schon am ersten Tage vorgenommen. Die Zusammenstellung bezieht sich auf 210 Fälle. In 166 Fällen war der Erfolg ein guter. 9 Kinder, sämmtlich mit schweren Formen, starben nach der Operation, zumeist an Pneumonie und Magendarmkatarrh.

SEIFERT.

64) **R. Larger** (Maison Lafitte). **Die Resultate einer neuen Methode der Chiloplastik. (Résultats obtenus par une nouvelle méthode de cheiloplastie.)** *Association franç. de Chirurgie. 21. October 1896.*

Vorstellung von 2 Kranken, die nach der vom Verf. in der Société de Chirurgie am 3. Oktober 1894 mitgetheilten Methode der Chiloplastik durch Entnahme des Lappens aus der gesunden Lippe operirt wurden. Was das plastische Resultat anlangt, so ist die Regelmässigkeit und Symmetrie des neuen Mundes bemerkenswerth. Bezüglich des functionellen Resultats sei erwähnt, dass der Speichel vollkommen zurückgehalten wird, Kauen und Phonation normal erfolgen, beide Kranke pusten, der eine sogar pfeifen kann.

PAUL RAUGÉ.

65) **Sachse** (Leipzig). **Ueber einen seltenen Fall von Kieferklemme.** *Centralbl. f. Chirurgie. 40. 1896.*

Ein 28jähriger Mann stellte sich wegen einer seit Jahren bestehenden Kieferklemme vor. Die Zahnreihen konnten nur $1^1/_2$ cm von einander entfernt werden. Am Kiefergelenk und an der Schleimhaut nichts Abnormes zu fühlen. Der rechte obere Weisheitszahn stand mit seiner Krone direkt nach aussen, nach der Wange zu. Derselbe schob sich wie ein Riegel vor den Musc. pharyng. int. und verhinderte dessen Function beim Oeffnen des Mundes. Diagnose: Kieferklemme, mechanisch verursacht durch den rechten oberen Weisheitszahn. Entfernung desselben, Heilung.

SEIFERT.

66) **Bogdanok** (Biala). **Ueber Phosphornekrose und Beinhautentzündung.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 53. Bd. 2. Heft. 1896.*

B. exstirpirt bei der Phosphorerkrankung womöglich den ganzen Unterkiefer und zwar von der Mundhöhle aus ohne äusseren Hautschnitt und erzielt dadurch ein weit besseres kosmetisches und functionelles Resultat als bei der partiellen Resection.

SEIFERT

67) **Riedel** (Jena). **Ueber Phosphornekrose.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 53. Heft 3. 1896.*

In Neustadt a. R. im Thüringer Walde blüht immer noch die Hausindustrie der Phosphorzündholzfabrikation weiter, so dass nach Jena immer noch genug Fälle von Phosphornekrose kommen. Unter 24 Fällen erkrankten 10mal der Oberkiefer, 12mal der Unterkiefer allein, während in 2 Fällen beide Knochen ergriffen wurden. Leichte Erkrankungen des Alveolarfortsatzes vom Oberkiefer wurden mehrfach durch Partialoperation geheilt, 5mal war eine vollständige Entfernung eines Oberkiefers, einmal die beider Oberkiefer in einer Sitzung nöthig. Bei Erkrankung des Unterkiefers hat R. nur 2mal Partialoperation versucht, von 5 halbseitig Operirten blieben 3 gesund, bei zweien musste später die andere Kieferhälfte gleichfalls entfernt werden. Bei 5 wurde sofort der ganze Kiefer entfernt, sie blieben gesund. Die Patienten selbst bitten um möglichst sofortige Radicaloperation. SEIFERT.

68) **Brindel. Ein Fall von Tuberkulose des Kiefers und Zahnfleisches, acute Osteomyelitis des Oberkiefers vortäuschend. (Un cas des tuberculose maxillo-gingivale simulant une ostéo-myélite aigue du maxillaire superieur.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 27. 5. Juli 1896.*

39jähriger Mann mit Ulcarationen am Zahnfleisch und Ausstossung von Sequestern des Oberkiefers. Rapider Fortschritt des Leidens und der gleichzeitig bestehenden Lungentuberkulose. E. J. MOURE.

69) **Armand. Tuberculöse Osteomyelitis des Oberkiefers. (Osteomyelite tuberculeux du maxillaire supérieur.)** *Journ. de Médecine de Bordeaux. No. 28. 12. Juli 1896.*

Sectionsbefund zur Bestätigung der Diagnose in dem von Brindel (in No. 27 derselben Zeitschrift) publicirten Falle. E. J. MOURE.

70) **Gibelli. Ein Fall von Fibroma teleangiectaticum des Oberkiefers. (Un caso di fibroma teleangettasico del mascellare superiore.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 3.*

Die Geschwulst ragte in die rechte Nasenhöhle hinein und verschloss dieselbe vollständig. Zugleich wölbte sie die Gegend des aufsteigenden Astes des Oberkiefers unter dem inneren Augenwinkel vor, war aber von gesunder und beweglicher Haut bedeckt. Patientin, eine 36jährige, sonst gesunde Bäuerin, gab an, seit 3 Jahren an Nasenverstopfung, Epistaxis und vorübergehenden Kopfschmerzen zu leiden. Die Geschwulst fühlte sich knochenhart an, und wurde die Diagnose auf Osteom des Oberkiefers gestellt. Die Operation wurde von aussen unternommen, musste aber wegen einer schweren Blutung unterbrochen werden. Einen Monat später wurde die Operation nach vorausgeschickter Tamponade des Nasenrachenraums wiederholt, diesmal mit vollständiger Exstirpation der Geschwulst. Glatte Heilung. Mikroskopische Diagnose: Angioma ossificans. TOTI.

71) **Lejars. Osteom des Unterkiefers. (Ostéome du maxillaire inférieur.)** *Société de chirurgie. 11. November 1896.*

Nussgrosser Tumor am linken horizontalen Aste des Unterkiefers. Beginn vor 10 Jahren. Da die Zähne völlig intact waren, wurde Odontom ausgeschlossen. Die histologische Untersuchung ergab die Zusammensetzung der Neubildung aus Knochengewebe.

PAUL RAUGÉ.

72) **Haasler** (Halle). **Die Histogenese der Kiefergeschwülste.** *Arch. f. klinische Chirurgie. 53. Bd. 4. Heft. 1896.*

Aus der chirurgischen Klinik in Halle lagen zur Untersuchung vor 30 Granulome, 5 Epuliden, 2 solid-cystische centrale epitheliale Kiefertumoren. H. liefert den Nachweis, dass sich sowohl zwischen den Epuliden, ebenso den Kiefercysten und den cystischen Wurzelgranulomen mannigfache Vergleichungspunkte finden, als auch zwischen den solid-cystischen Tumoren und gewissen Granulomformen derartige gleiche Merkmale sind, die eigenartigen Zellformen der Epithellager, die Neigung zur Cystenbildung und die Art derselben, die Neigung des gefässhaltigen Bindegewebes zur Durchwachsung des Epithels.

SEIFERT.

73) **Robinson. Krebsgeschwulst behandelt mittelst Chelidoin. (Tumeur cancéreuse traitée par la Chélidoine.)** *Société de thérapeutique. 28. Octob. 1896.*

Inoperabler maligner Tumor des Oberkiefers mit buccaler Ulceration. Anwendung von Extract. Chelidoin. als Injectionen (gleiche Theile Wasser, Glycerin und Extr. Chelid.), Einpinselungen und intern (1,0—3 g Extr. Chel.). Abnahme der Geschwulst.

Bardet deutet den Effect einfach als einen kaustischen; er glaubt nicht an eine specifische Wirkung des Mittels.

PAUL RAUGÉ.

74) **von Stubenrauch. Mycotische Affection des Oberkiefers.** *Münchner med. Wochenschr. No. 18. 1896.*

Demonstration eines Kranken mit Affection der äusseren Wand des rechten Oberkiefers sowie der rechten Hälfte des weichen Gaumens, wo die Schleimhaut stark gelockert und das submucöse Gewebe infiltrirt ist; am Alveolarrande pilzförmige Wucherungen. Die Natur des Eczems bedarf weiterer Untersuchung.

SCHECH.

75) **Capdepon** und **Vitrac. Actinomycose des Unterkiefers. (Actinomycose du maxillaire inférieur.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 28. 12. Juli 1896.*

57jähriger Mann; Anfang der Erkrankung am Kieferwinkel. Im Abscesseiter gelbe Körnchen. Besserung durch Jodbehandlung.

E. J. MOURE.

76) **D. N. Knox. Actinomycose der Wange und des Halses. (Actinomycosis of the cheek and neck.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1896.*

Die Patientin, eine jung verheirathete Farmarbeiterin, klagte zuerst über eine Anschwellung an der linken Backe. Diese wurde erst vom Munde aus, später von aussen incidirt, die Geschwulst aber nahm zu und verbreitete sich nach dem

Halse. Auf der ganzen Fläche entwickelte sich eine Anzahl kleiner Knötchen und die bedeckende Haut wurde dunkel blauroth. Die Knötchen wurden unter Chloroformnarkose geöffnet, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponirt. Diese Operation wurde mehrmals wiederholt; die Krankheit nahm trotzdem an Umfang zu. Das Centrum des kranken Gewebes bestand aus harter Masse, an der Peripherie entwickelten sich weiche Granulationen. Antisyphilitische Behandlung blieb ohne Effect, auch die Application einer starken Sublimatlösung that der Weiterverbreitung des Processes nicht Einhalt. Eine Untersuchung auf Actinomyces ergab negatives Resultat; es wurde aber eine Jodbehandlung nach Thomassen eingeleitet, combinirt mit weiteren Auskratzungen. Bei wiederholten Eiteruntersuchungen wurde der Actinomycespilz jetzt gefunden. Die Krankheit nahm ihren weiteren Verlauf trotz energischer Behandlung, es trat abendliches Fieber ein und $9^1/_2$ Monate nach dem Beginn des Leidens starb die Patientin.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

77) **J. W. Ballantyne. Drei Fälle von angeborenen Zähnen. (Three cases of congenital teeth.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1896.*

In zwei Fällen wurden die 2 unteren mittleren Schneidezähne nach der Geburt gezogen. Verf. giebt eine interessante historische Skizze über ähnliche Vorfälle nebst einer vollständigen Bibliographie. A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

78) **Ballowitz** (Greifswald). **Eine seltene Zahnanomalie im Zwischenkiefer eines menschlichen Schädels.** *Archiv f. Anat. (His). 1895.*

Es handelt sich um einen überzähligen, völlig ausgebildeten oberen Schneidezahn, der statt nach unten nach oben gewachsen, mit seiner Krone aber nirgends zum Durchbruch gekommen war. A. ROSENBERG.

79) **Robbe** und **J. Wodon. Angeborenes Fibrochondrom des Zahnfleisches. (Fibrochondrome congénital des Gencines.)** *La Presse Méd. Belge. 1896.*

Beide Seiten des Zahnfleisches sowohl der unteren als der oberen Zahnreihe waren bedeckt von einer Zahnfleischhypertrophie, welche sich als Fibrochondrom herausstellte, das alle Elemente von dem beim Erwachsenen besass; auf dem Wege der Proliferation entstanden, boten diese weder das eine noch das andere Zeichen fettiger Entartung dar. Die Behandlung bestand im Ausschneiden der Wucherungen mit dem Messer und Auskratzen mit der Rugine. BAYER.

80) **Merlin** (Triest). **Ueber septische Infection bei Caries dentium.** *Wiener med. Blätter. No. 33. 1896.*

Hierbei kam es unter anderen Erscheinungen auch zu starkem Oedem der Zunge, zu Abscessen am Frenulum linguae, ja zu ausgebreiteter Nekrotisirung des Mundhöhlenbodens. Der Fall heilte unter entsprechender Behandlung vollständig aus. CHIARI.

81) **Hugenschmidt** (Paris). **Experimentelle Studie über die verschiedenen Vertheidigungsmittel der Mundhöhle gegen die Invasion pathogener Bakterien. (Etude experimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale**

contre l'invasion des bactéries pathogènes.) *Annal. de l'Institut Pasteur. October 1896. No. 10.*

Verf. suchte experimentell die Ursachen der Gutartigkeit und der schnellen Vernarbung von Wunden in der Mundrachenhöhle festzustellen. Bisher setzte man diese vornehmlich der bactericiden oder abschwächenden Fähigkeit des Speichels auf Rechnung. H. überzeugte sich, dass diese Fähigkeit thatsächlich so gut wie null ist. Nach seiner Meinung wird die Vertheidigung dieser Region gegen die Infection ganz und gar von den Leukocyten geübt, die sich theils in der Schleimhaut selbst, theils in den verschiedenen Mandeln aufhäufen. Das Ganze ist eine Frage der Phagocytose. Dabei ist die Rolle des Speichels aber doch keine gleichgültige: derselbe übt auf die weissen Blutkörperchen eine positiv chemotactische Wirkung, d. h. er zieht sie zur Oberfläche an, activirt ihr Wanderungsvermögen und begünstigt dadurch die Schutzkraft, die sie auszuüben vermögen. Zu dieser in erster Linie stehenden Vertheidigungsart muss man weiterhin zurechnen die sehr schnelle Abschuppung des Epithels dieser Gegend, deren Zellen, unaufhörlich sich erneuernd, die zahllosen Bakterien, die auf und in ihnen lagern, mit sich reissen. Was das Rhodankalium anlangt, so ist seine Wirkung, selbst wenn diese Substanz regelmässig im Speichel vorkäme, doch eine höchst zweifelhafte.

PAUL RAUGÉ.

82) **E. Herbert Adams. Krankheiten der Mundschleimhaut. (Diseases of the oral mucous membrane.)** *Canadian Med. Review. Juni 1896.*

Kurze Beschreibung der verschiedenen Affectionen der Mundschleimhaut.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

83) **L. Béco** (Liège). **Beitrag zum Studium der diphtheroiden Stomatitis beim Kind. (Contribution à l'étude de la stomatite diphthéroide infantile.)** *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. Juli 1896.*

Das Leiden, das oft mit der aphthösen Stomatitis verwechselt wird, besteht in einer Eruption, die an der mittleren Partie der Unterlippe, an den Rändern und auf dem Rücken der Zunge, seltener am Zahnfleisch localisirt ist. Die gelblichen oder weissgrauen Plaques variiren von Stecknadelkopfgrösse bis zur Grösse eines 20 Centimesstücks. Der Schmerz ist gering; leichte Drüsenschwellung; Fieber selten.

Vom bakteriologischen Standpunkt aus hat die Affection nichts Specifisches. Man findet verschiedene Mikroben, besonders den Staphylococcus aureus und den Streptococcus. Die Krankheit scheint sich durch Contagion auszubreiten.

PAUL RAUGÉ.

84) **Dalché** (Paris). **Ulcerös-membranöse Stomatitis nach Antipyrinaufnahme. (Stomatite ulcéro-membraneuse due à l'absorption d'antipyrine.)** *Société médicale das Hôpitaux. 16. October 1896.*

Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, bei dem Antipyrin sehr schmerzhafte Ulcerationen der Lippen, der Zunge und Wangen, begleitet von Conjunctivitis und Coryza, erzeugte. Da die Nieren des Betreffenden gesund waren, erklärt

Verf. die in diesem Grade seltene Intoleranz durch nervöse Einflüsse oder pathologische Coincidenz.

PAUL RAUGÉ.

85) **C. W. Smith. Heisses Wasser bei Behandlung der Mund- und Rachenentzündungen. (Hot water in the treatment of aural and pharyngeal inflammations.)** *Cleveland Med. Gazette. Februar 1896.*

Verf. applicirt das heisse Wasser mittelst Wattetampons, die auf starken Trägern befestigt sind.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

86) **Lukasiewicz** (Innsbruck). **Ueber das an der Mundschleimhaut isolirt vorkommende Erythema exsudativum multiforme.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1896.*

Während das gleichzeitige Auftreten von Erythema exsud. mult. auf Haut und Schleimhäuten schon lange bekannt ist, finden sich in der Literatur keine Angaben über ein isolirtes Vorkommen dieser Erkrankung auf der Mundschleimhaut. Lukasiewicz beschreibt nun zwei solche Fälle. Die Diagnose ist bei fehlender Hautaffection nicht leicht zu stellen, und kommen in differentialdiagnostischer Beziehung in Frage Pemphigus, Herpes zoster, Lues und Stomatitis aphthosa. Während Acuität des Processes, oberflächlicher Sitz, rasche Ausbreitung der Efflorescenzen für Erythem spricht, ist Pemphigus durch seinen mehr chronischen Verlauf und tieferen Sitz der Entzündung ausgezeichnet; diffuse Ausdehnung unterscheidet das Erythem von dem meist einseitigen Herpes zoster, das fehlende Infiltrat von einer syphilitischen Papel, fehlende pseudomembranöse Auflagerungen von der Stomatitis aphthosa. Die Therapie bestand in Pinselungen mit 5proc. Arg. nitric.-Lösungen und Kal. chloric.-Ausspülungen. Heilung in einigen Wochen.

CHIARI.

87) **Hallopeau** und **Schroeder** (Paris). **Lichen planus begrenzt auf die Mundschleimhaut. (Lichen plan limité à la muqueuse buccale).** *Société franç. de dermatologie et de syphiligraphie. 12. November 1896.*

Die Affection ist characterisirt durch glänzende opale Strichelchen; dabei bestehen weder Pruritus noch nervöse Erscheinungen.

Fournier zweifelt trotz der Gegenwart von Plaques auf der Drüse, die ein lichenartiges Aussehen haben, daran, ob wirklicher Lichen vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

88) **Ivar Petersen** (Kopenhagen). **Ein Fall von Stomatitis aphthosa. (Et Tilfaelde af Stomatitis aphthosa.)** *Hospitals-Tidende. 2. September 1896.*

Verf. theilt einen Fall von Stomatitis aphthosa bei einem 5jährigen Mädchen mit. Ausser den localen Schleimhauteruptionen in der Mundhöhle manifestirte sich die Krankheit als ein acutes infectiöses Leiden mit Fieber, Appetitlosigkeit und Diarrhoe.

SCHMIEGELOW.

89) **Bussenius** und **Siegel. Zur Frage der Uebertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50.*

Dass es immer noch nicht allgemein anerkannt sei, dass die Maul- und

Klauenseuche auf den Menschen übertragen werden könne, finden die Verff. begründet in den wechselnden Krankheitserscheinungen und der Aehnlichkeit vieler derselben mit anderen anerkannten Krankheitsbildern, ferner in der sehr wechselnden Virulenz des Infectionsträgers und der sich zeitlich und örtlich ändernden Disposition der Menschen und Thiere für die Seuche. Daher werde die menschliche Maul- und Klauenseuche mehr als seltenes medicinisches Curiosum angesehen. Dass dem nicht so sei, wollen die Verff. zunächst durch eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Epidemieangaben erhärten, die ausführlich in der Zeitschrift für klinische Medicin erfolgen soll. LANDGRAF.

90) **Ahlfeld. Gonorrhoische Entzündung der Mundschleimhaut.** *Berl. klin. Wochenschrift. 1896. No. 42.*

Demonstration eines Kindes in der ersten Lebenswoche mit obiger Affection im ärztlichen Verein in Marburg. In den Membranen liessen sich Neisser'sche Diplokokken nachweisen. Dauer des Processes 5 Tage. Störung des Allgemeinbefindens gering. LANDGRAF.

91) **Wm E. Parke. Mundschanker. (Canker sore mouth.)** *Codex Medicus. Juni 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **M. F. Coomes. Primäre Syphilis des Mundes und Rachens. (Primary syphilis of the mouth and pharynx.)** *Louisville Med. Monthly. Juni 1896.*

3 Fälle; in zweien acquirirten junge Mädchen durch Küssen, im dritten eine 14jährige Schülerin durch Gebrauch eines Pinsels die Lues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **Le Dentu** (Paris). **Neue Erörterungen über die Leucokeratose. (Nouvelles considérations sur la leucokeratose.)** *Association franç. de Chirurgie. Sitzung vom 19. October 1896.*

Der Verf. kommt auf die Frage der Leucokeratose zurück, die er bereits auf dem Congress für Chirurgie in Lyon (9. October 1894) behandelt hat. Er gelangt zu dem Schluss, dass die Leucokeratose (Leucoplaxia buccalis) so oft in Epitheliom ausgeht, dass dieser Ausgang vielleicht als der natürliche betrachtet werden muss und nicht eigentlich eine Complication der Krankheit darstellt. Das leucoplasische Epitheliom hat weniger als alle anderen Epithelialkrebse die Tendenz, auf die Drüsen überzugreifen. Die Behandlung muss zeitig eingreifen und jede Leucoplaxie, die nicht auf medicamentöse Behandlung weicht, soll radical entfernt werden. PAUL RAUGÉ.

94) **M. Mariani** (Madrid). **Lupus des Mundes und des Rachens. (Acerca del lupus de la boca y de la farynge.)** *Archiv latin. de Rinol., Laryngol., Otolog. No. 65, 66. 1896.*

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf den scrophulösen Lupus, sein häufiges Erscheinen im Rachen und auf der Zunge sowie auf die wohlbekannten Symptome und die Möglichkeit seiner Heilung. Er hat mehr als 20 Fälle dieser Art beob-

achtet. In fast allen handelte es sich um lymphatische Personen. Die Behandlungsmethode, die ihm die besten Resultate gegeben hat, bestand in Gurgelungen, täglich 4—6mal mit einer 1—2proc. Lösung von Carbolsäure in einem concentrirten Chinadecoct, in Pinselungen der Geschwürsflächen mit 5—10proc. Chlorzinklösung, gefolgt von Pinselungen mit 5proc. Menthol. Nebenbei gab er innerlich Jod- und Creosotpräparate in grossen Dosen. R. BOTEY.

95) **Sabrazès. Polypen der Innenfläche der Wangen. (Les polypes de la face interne des joues.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. No. 21. 24. Mai 1896.*

Verf. stellt 3 Fälle zusammen; einen von diesen hat er selbst beobachtet. Es handelte sich dabei um einen Schleimpolypen (Cardone), um Fibrom (Demme) und Fibrolipom (Sabrazès). E. J. MOURE.

96) **Sabrazès** (Bordeaux). **Zwei neuere Fälle von Polypen der Innenfläche der Wangen. (Sur deux nouveaux cas de polypes de la face interne des joues.)** *Médecine moderne. 23. September 1896.*

Es handelt sich um gutartige Geschwülste, die mehr oder weniger gestielt, von Erbsen- bis Klein-Nuss-Grösse wechselnd, an der Innenfläche der Backen sitzen, meist 1—2 cm nach hinten von der Commissur der Lippen. Nach dem histologischen Befund handelt es sich um fibröse, mucöse oder lipomatöse Polypen. Die Symptome sind nur die durch die mechanische Behinderung bedingten; Blutungen oder Nekrosen durch Bissverletzung kommen vor. Diese Gebilde wachsen langsam, sie bilden sich nicht zurück, recidiviren aber niemals nach der Exstirpation. PAUL RAUGÉ.

97) **W. Ackland. Verbesserter Mundsperrer. (Improved mouth gag.)** *Lancet. 11. Juli 1896.*

Das Instrument, von dem eine Abbildung beigegeben ist, ist dem Mason-schen ähnlich; es ist von Arnold, West Smithfield zu beziehen.

ADOLPH BRONNER.

98) **G. Lennox Curtis. Empfehlung conservativer Tendenzen in der Mundchirurgie; illustrirt durch einige Krankengeschichten. (A plea for conservative oral surgery with practical illustrations.)** *Dominion Med. Monthly and Ontario Med. Journal. Juli und August 1896.*

Von mehr chirurgischem, als laryngologischem Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

d. Diphtheritis und Croup.

99) **Monti** (Wien). **Weitere Beiträge zur Anwendung des Heilserums gegen Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilk. XXI. Bd. 1.—3. Heft. 1896.*

Monti unterscheidet 3 Hauptgruppen von Diphtherie: a) fibrinöse Form, bei welcher die diphtherischen Producte nur auf der Schleimhaut aufgelagert sind,

b) eine Mischform (Diphtherie, Croup oder phlegmonöse Form), bei welcher die fibrinösen Exsudate sowohl im Gewebe als auch auf der freien Oberfläche der Schleimhaut abgelagert sind, c) eine septische oder gangränöse Form. Von den 104 mit Heilserum behandelten Fällen (1895) gehören 72 der fibrinösen, 26 der Mischform, 6 der gangränösen Form an. Von den 72 ersten Fällen starben 6 = 8 pCt. Diese sind wieder in leichte, mittelschwere und schwere Formen eingetheilt und im Detail kommen die einzelnen Localisationen zur Besprechung. Bei einer mehrfachen Localisation des diphtherischen Processes sind gleich im Beginn der Behandlung grössere Dosen von Antitoxineinheiten anzuwenden, bei hochgradiger Larynxstenose gleich 2000—3000 Antitoxineinheiten, die eventuell innerhalb 12 Stunden zu wiederholen sind. Von den der zweiten Hauptgruppe zugehörigen 26 Fällen sind 10 Fälle gestorben = 37 pCt. Auch bei dieser Form wird Heilserum, wenn frühzeitig genug angewendet, noch immer günstige Erfolge haben, wiewohl die Mortalität dieser Fälle eine grössere sein wird, als bei den Fällen der fibrinösen Form. Von den 6 der gangränösen Form zugehörigen Fällen starben 5 = 83 pCt. In dem einen geheilten Falle kamen 6100 Antitoxineinheiten zur Anwendung, Behandlungsdauer 58 Tage. Das Auftreten übler Zufälle hält M. nicht durch das Antitoxin bedingt, sondern mit der Einwirkung der im Pferdeserum enthaltenen Eiweisskörper zusammenhängend. SEIFERT.

100) **Hartung** (Leipzig). **Die Serumexantheme bei Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. Heft 1. 1896.*

Unter 375 seruminjicirten Kindern wurden 73 allgemeine Exantheme bei 68 Fällen = 18 pCt. der Fälle beobachtet. Fünfmal traten zwei Exantheme bei ein und demselben Patienten auf, obwohl in 4 dieser Fälle nur einmal injicirt wurde, es kommen demnach recidivirende Exantheme vor, wenn auch nicht häufig. 10mal traten Gelenkerscheinungen auf, schwerere Störungen von Seiten des Digestionstractus wurden dreimal unmittelbar nach Verschwinden schwerer Exanthemformen beobachtet. Bei 47 Fällen traten gleichzeitig mit dem Exanthem Veränderungen der Schleimhaut, der Mundschleimhaut (16mal), Schnupfen 2mal, Wiederverschlimmerung der Schnupfens 3mal, Röthung der Conjunctiva tarsi während des Exanthems 3mal. Die Exanthemformen waren urticaria-, scharlachähnliche und diffuse, fleckige (masern- bez. röthelnähnliche) und polymorphe Exantheme. SEIFERT.

101) **Soltmann** (Leipzig). **Die Resultate mit dem Behring'schen Heilserum im Kinderkrankenhause 1895.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 1. Heft. 1896.*

Unter 439 Fällen, welche zur Aufnahme kamen, starben von 423 Seruminjicirten nur 88 = 20,8 pCt., von 127 Serumintubirten starben 50 = 39,3 pCt. Diese Mortalitätsquote würde noch erheblich absinken, wenn nicht die Kinder in Leipzig so sehr spät in's Krankenhaus eingeliefert würden. Wenn in frischen Fällen rechtzeitig injicirt und gleichzeitig wegen der Stenose intubirt wird, so schwinden häufig überraschend schnell die Erscheinungen der Stenose, des Lufthungers und der Cyanose, weil durch die schnellere Verflüssigung der Membranen einerseits, durch das Schwinden des intracartilaginösen Oedems der Rima anderer-

seits die Aryknorpel nach der durch die Intubation beseitigten Stenose nun nicht mehr nach entferntem Tubus von Neuem mechanisch medianwärts fixirt und in ihrer Abductionsbewegung behindert werden. Bei späteren Stadien des Croup kommt es trotz Seruminjection zu absteigendem Croup bis in die Alveolen hinein. Bei dem neuen hochwerthigen Serum können viel grössere Antitoxineinheiten auf einmal und zugleich in einem kleineren Volumen injicirt werden, wobei dann auch der Carbolgehalt des Serums viel geringer ist. SEIFERT.

102) **M. Huguenin** (des Ponts). **Serotherapie gegen Diphtheritis.** (Société méd. Neuchateloise.) *Revue méd. de la suisse romande. H. 9. 1896.*

43 Fälle, meist Rachendiphtherie, davon 38 geheilt; also günstig.

JONQUIÈRE.

103) **C. Bakker** (Broek in Waterland). **Bericht über die in Broek und Umgebung vom 6. Juli 1895 bis 23. März 1896 vorgekommenen Fälle von Diphtherie, in Verbindung mit einigen Fällen von Scharlach. (Verslag van de diphtheritis-gevallen voorgekomen in en om Broek in Waterland vom 6. Juli 1895 tot 23. Maart 1896, in verband met enkele gevallen van roodvonk.)** *Med. Weekbl. III. No. 12.*

Von 48 mit Serum behandelten Patienten wurden 46 geheilt. Auch in Fällen von Scharlach-Diphtheritis war das Serum von grossem Nutzen. H. BURGER.

104) **J. H. Gentis** (Haag). **Hat das sogenannte Heilserum eine günstige Wirkung oder nicht? (Is het zoogenaamde heilserum gunstig of niet?)** *Militair-Geneesk. Arch. 1895. S. 65.*

Nichts von Interesse. H. BURGER.

105) **L. R. Bunnik** (Haag). **Ueber Intubage in Verbindung mit Serum-Therapie. (Over intubage in verband met serum-therapie.)** *Med. Weekbl. III. No. 18.*

Ausführliches Referat von Chaillon's „La serumthérapie et le tubage du larynx". H. BURGER.

106) **S. Schippers** und **J. Graanboom** (Amsterdam). **Ueber präventive Serum-Einspritzungen bei Diphtherie. (Over preventive serum-injecties by diphtherie.)** *Voordrachten in de Ned. Vereen. voor paediatrie. IV. S. 179.*

Die Conclusionen von S. und G. gehen dahin, dass die Zahl der in der Literatur mitgetheilten präventiven Serumeinspritzungen noch viel zu klein ist, um auf dieselbe ein endgültiges Urtheil über den Werth dieser Einspritzungen zu basiren; dass die einzuspritzende Dosis noch genauer bestimmt werden soll; dass dieselbe vorläufig wenigstens 150 cm Behring'schen Serums betragen soll; dass diese Dosis unschädlich ist und dass weitere Versuche erwünscht sind.

H. BURGER.

107) **C. H. H. Spronck** und **A. W. H. Wirtz** (Utrecht). **Resultate der therapeutischen und preventiven Anwendung antidiphtherischen Serums. (Resultaten van de therapeutische en preventieve aanwending van anti-diphtherisch serum**

ten behoeve van on-en mineermogenden bereid.) *Ned. Tydschr. voor geneesk. 1896. II. No. 13.*

Das von den Utrechter Herren bereitete Serum wird nur unentgeltlich und für die Behandlung unbemittelter Kranken verabreicht.

Der Bericht stützt sich auf die Mittheilungen von 104 Aerzten über 855 Patienten. Von diesen sind 751 (87,8 pCt.) geheilt, 104 (12,1 pCt.) gestorben. Die Mortalität ist ein wenig höher für die in Spitälern als für die in der Wohnung behandelten Kinder.

Nach Abzug der Fälle, bei denen der Tod innerhalb 12 Stunden nach der Einspritzung eintrat (14), beträgt die Mortalität 10,7 pCt. In 333 Fällen (38 pCt.) wurde die bakteriologische Untersuchung gemacht. In 261 Fällen (78,3 pCt.) wurden Diphtheriebacillen gefunden, von denen 34 mit letalem Ausgang (13 pCt.). Ausser Diphtheriebacillen fanden sich 70 mal Streptokokken, 13 mal Staphylokokken und 25 mal Strepto- und Staphylokokken. Dagegen wurden in 19 Fällen nur Streptokokken, in 7 nur Staphylokokken, in 9 nur Staphylo- und Streptokokken gefunden, während in 37 Fällen nur die Abwesenheit von Diphteriebacillen notirt ist.

Als Nebenwirkungen sind erwähnt: Oertliches Exanthem 23 mal; allgemeineres Exanthem 102 mal; bei denen 52 mal mit Fieber, 2 mal mit zeitweiser Albuminurie; weiter Gelenkschmerzen 14 mal; vorübergehender Collaps nach der Einspritzung 4 mal; Somnolenz nach derselben und Nausea je 1 mal.

Ungeachtet dieser Nebenwirkungen hat kein einziger der Berichterstatter eine ungünstige Meinung über das Serum kundgegeben. In keinem der Fälle hat der behandelnde Arzt den Eindruck gewonnen, dass die Einspritzung den Tod verursacht hätte.

Die Gesammtresultate sind also höchst zufriedenstellende. Auch die präventive Anwendung des Mittels, welche bei 7 Familien und weiteren 51 Personen gemacht wurde, hat durchaus günstige Resultate ergeben.

Ein detaillirterer Bericht wird im kommenden Jahre erscheinen.

H. BURGER.

108) **Malm** (Norwegen). **Ueber die antitoxische Stärke des Diphtheritis-Serum. (Om Difteri-Serumets antitoksiske Styrke.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1895. S. 609.*

Eine experimentelle Arbeit.

SCHMIEGELOW.

109) **Katz. Einige Fälle von Diphtheritis behandelt mit Serum. (Nekoterie slutschois difterita, letschennich sicrorotkoi.)** *Egenedelnik. No. 26. 1896.*

Nichts Erwähnenswerthes.

P. HELLAT.

110) **N. Filatow. Ueber einige strittige Fragen aus dem Gebiete der Diphtheritistherapie. (O nekotorich spornich woprosach is oblasti terapij difterita.)** *Ruski archiv patologij i klinitscheskoi medizini etc. 20. Januar 1896.*

Verfasser resumirt seine eigene bereits bekannte Ansicht über benannten Gegenstand. Einiges Interesse bieten die der Zusammenstellung der Saratowschen Sanitätsrevue entnommenen Zahlenangaben über die Serumtherapie auf dem

flachen Lande im Süden des Reiches. Es wurden durch verschiedene Aerzte im Ganzen 832 Fälle mit Serum behandelt. Von diesen starben 160 oder 19,2 pCt.

Durch Kapustin und Untit wurde in verschiedenen Dörfern die Anzahl aller der Ansteckung ohne jegliche Vorsichtsmaassregeln ausgesetzten Kinder ermittelt und 4954 gefunden. Von diesen erkrankten 2001, also 40 pCt. Auf die verschiedenen Altersklassen vertheilt sich die Erkrankung wie folgt:

von	0— 2	Jahre	20,9 pCt.
	2— 5	„	46,6 „
	5—10	„	47,2 „
	10–15	„	35,7 „

Die nicht erkrankten werden für vollständig immun gegen Diphtherie erachtet.

P. HELLAT.

111) **N. A. Pistis** (Kairo). **Beitrag zur Heilserumbehandlung der Diphtheritis.** *(Συμβολὴ εἰς τὰ περὶ ὀρροθεραπείας τῆς διφθερίτιδος). Γαληνὸς· 1895. No. 1.* **Mit Heilserum behandelte Fälle.** *(Περί πτώσεις ὀρροθεραπείας.) Γαληνός. 1895. No. 6, 18 u. 45.*

Verf. hat im Winter 1894/95 elf Diphtheritisfälle mit Heilserum behandelt und davon nur 1 verloren, im Sommer 1895 (April—September) dagegen hatte er unter 7 Fällen 2 tödtlich verlaufene. In den beiden vorhergehenden Jahren war die Sterblichkeit 75 pCt. gewesen.

SENTINON.

112) **W. Young, Keen, H. Goudie, Mc Elligolt. Zur Serumbehandlung bei Diphtherie. (Diphtheria and the antitoxin treatment.)** *Brit. Med. Journal. 20. Juni 1896.*

Bericht über 4 geheilte Fälle.

ADOLPH BRONNER.

113) **Michael Dewar. Ein durch Serum geheilter Fall von Diphtherie. (A case of diphtheria treated successfully with antitoxin.)** *Edinburgh Med. Chir. Society. März 1896.*

Das Kind schien vor der ersten Injection in extremis zu sein.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

114) **J. G. Mc Naughton. Siebzehn Fälle von Diphtherie nach einander erfolgreich mit Serum behandelt. (Seventeen consecutive cases of diphtheria successfully treated with antitoxin.)** *Edinburgh Med. Journ. Juli 1896.*

Nichts Besonderes zu erwähnen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

115) **J. Borthwick** (Adelaide S. Australia). **Vorläufige Mittheilung über die Bakteriologie und die Serumbehandlung der Diphtheritis. (Preliminary note on the bacteriology and anti-toxin treatment of diphtheria.)** *Australian Med. Gazette. 20. Juni 1896.*

Bericht über 50 Fälle, die im Kinderkrankenhause von Adelaide behandelt wurden.

A. J. BRADY.

116) **John S. Billings. Die Blutkörperchen bei Diphtheritis; mit besonderer Berücksichtigung der Einwirkung des Heilserums auf dieselben. (The blood corpuscles in diphtheria; with especial reference to the effect produced upon them by the antitoxin of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 25. April 1896.*

Die rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt sind bei schwerer Diphtherie meist erheblich verringert. Die Leukocytenzahl ist meist vermehrt, doch geht der Grad der Leukocytose nicht immer der Schwere des Falles parallel. Auf die Leukocyten scheint das Serum gar nicht einzuwirken; die Zahl der rothen Blutzellen aber erscheint bei Serumgebrauch weit weniger herabgesetzt als sonst.

LEFFERTS.

117) **Horsey. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie ausschliesslich mit Intubation und Serum behandelt. (A case of laryngeal diphtheria treated by intubation and antitoxine alone.)** *Dominion Med. Monthly and Ontaria Med. Journal. Mai 1896.*

Verf. fand das Kind bewusstlos, anscheinend sterbend. Die Intubation brachte sofort Besserung; das Kind genas. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

118) **E. W. Saunders. Das Serum in der Therapie der Diphtheritis. (Antitoxine in the treatment of diphtheria.)** *The Medical Fortinghtly. 1. Juni 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

119) **Redact. Notiz. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *Med. Times and Register. 6. Juni 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

120) **Alfred Whitehead. Bericht über 6 Fälle von Diphtheritis, die mittelst Intubation und Serumeinspritzung behandelt wurden. (Report of 6 cases of diphtheria — Intubation and antitoxin.)** *Maryland Med. Journal. 13. Juni 1896.*

Die Fälle kamen sämmtlich zur Heilung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

121) **S. S. Adams. Ein Vergleich der Resultate der Diphtheriebehandlung mit und ohne Serum im District Columbia. (Comparative results of the treatment of diphtheria with and without antitoxin in the district of Columbia.)** *N. Y. Med. Record. 13. Juni 1896.*

Die Mortalitätsziffer im District Columbia scheint seit der Einführung des Serums thatsächlich gesunken zu sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **A. Seibert. Plötzlicher Tod nach Serum-Injectionen. (Sudden death after antitoxin injections.)** *N. Y. Med. Record. 13. Juni 1896.*

Bericht über eine Reihe von Experimenten, aus denen hervorgeht, dass die Injection von Carbolsäure selbst in sehr schwacher Lösung bei Thieren constant höchst charakteristische Krampferscheinungen zur Folge hat. Eine weitere Reihe

von Versuchen legt die Wirkung subcutaner Injectionen von Luft klar. Die Versuche lehren, dass das Serum nur höchst geringe Mengen von Carbolsäure enthalten kann, und ferner, dass die paar mitgetheilten Todesfälle nach Seruminjection vielleicht auf gleichzeitige Injection von Luft zu beziehen sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **P. H. Ernst. Persönliche Erfahrungen in der Behandlung der Diphtherie mit und ohne Serum. (Personal experience in the treatment of diphtheria with and without antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 20. Juni 1896.*

Bericht über 77 Fälle, von denen 12 Serum bekamen und 65 ohne solches behandelt wurden; alle bekamen Eisen und local in Nase und Hals Wasserstoffsuperoxyd. Von den 65 ohne Serum starben 11 (= 17 pCt. Mortalität), von den 12 mit Serum 5 (= 58 pCt. Mortalität). Verf., der mit grossem Vertrauen an die Serumtherapie heranging, ist durch Beobachtung der einzelnen Fälle zu der Ueberzeugung gelangt, dass das Serum nicht nur ohne jeden Heileffekt ist, sondern dass Patienten, die Serum erhielten, eine längere Reconvalescenz durchmachen und stärker anämisch sind, als andere.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **J. E. Winters. Klinische Beobachtungen über den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis; mit einem Berichte über persönliche Nachforschungen über die neue Behandlungsweise in den wesentlichsten Krankenhäusern Europas während des Sommers 1895. (Clinical observations upon the use of antitoxin in diphtheria; and a report of a personal investigation of this treatment in the principal fever hospitals of Europe during the Summer of 1895.)** *N. Y. Med. Record. 20. Juni 1896.*

125) **W. L. Stowell. Diphtheritis mit und ohne Heilserum. (Diphtheria with and without antitoxin.)** Ebenda. *20. Juni 1896.*

126) **J. W. Brannan. Eine kritische Besprechung der klinischen Beobachtungen von Dr. Winters über die Serumtherapie. (A critical analysis of Dr. Winters' clinical observations on the antitoxin treatment of diphtheria.)** Ebenda. *20. Juni 1896.*

127) **W. H. Thomson. Welcher Werth ist den über die Serumtherapie bei Diphtherie bisher mitgetheilten Thatsachen beizumessen? (How the facts about the antitoxin treatment of diphtheria should be estimated.)** *N. Y. Med. Record. 20. Juni 1896.*

Die Arbeiten wurden in der N. Y. Academie of Medicine vorgetragen. Winters hält das Serum nicht allein für werthlos, sondern sogar positiv für schädlich. Der zweite Redner neigt ebenfalls dieser Ansicht zu, sieht die ganze Frage aber doch noch für in der Schwebe befindlich an. Die beiden anderen Vorträge sind Repliken; beide Autoren nehmen den entgegengesetzten Standpunkt ein. Alle 4 Arbeiten stützen sich vornehmlich auf die Statistik, die sie aber verschieden verwerthen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **E. O. Barker. Serum bei Diphtheritis. (Antitoxin for diphtheria.)** *Oklahoma Med. Journ. Juni 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

129) **E. L. Twombly. Serum als Prophylacticum im Gwynne-Kinderheim. (Antitoxin as a prophylactic in the Gwynne home for children.)** *Annals of Gynaecology and Paediatry. Juni 1896.*

Als 3 Kinder diphtherisch erkrankt waren, bekamen die übrigen 16 Serum. Nur eines von diesen erkrankte und starb und zwar noch nicht 12 Stunden nach der Injection.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

130) **G. J. Mundorff. Schwere postdiphtherische Lähmung bei einem Erwachsenen mit Serum behandelt. (Severe post-diphtheritic paralysis in an adult treated by antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 27. Juni 1896.*

Der 20jährige Patient hatte die Diphtheritis im December 1895. Einige Wochen nach anscheinender Reconvalescenz traten Beschwerden beim Sprechen und Gehen auf. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus im März 1896 erschien der Pat. anämisch und abgemagert, die Muskeln des Stammes und der Extremitäten waren sichtlich atrophisch, die Pupillen waren weit, die Stimme heiser, die Sprache undeutlich; das Gaumensegel zeigte sich theilweise unempfindlich auf Berührung und vollständig bewegungslos. Das Aufrichten machte dem Patienten Schwierigkeiten und er war kaum im Stande zu stehen. Am 4. März bekam Pat. eine Serum-Injection von 750 Einheiten; danach merkbare Besserung. Am 13. März eine zweite Injection von 1000 Einheiten. Seither Fortschreiten der Besserung und allmäliges Verschwinden aller Symptome.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

131) **J. A. Reagan. Ist das Serum das beste Mittel gegen Diphtherie? (Is antitoxin the best remedy for diphtheria.)** *Charlotte Med. Journal. Juni 1896.*

Verf. giebt der Behandlung mit Pilocarpin den Vorzug.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

132) **B. Meade Bolton. Diphtherie-Antitoxin bisweilen im Blute von Pferden gefunden, denen nicht Antitoxin injicirt worden ist. (Diphtheria antitoxin sometimes found in the blood of horses that have not been injected with antitoxin.)** *Journal of Experimental Medicine. Juli 1896.*

Von rein bakteriologischem Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

133) **B. M. Bolton** und **Herbert D. Pease. Die Erzeugung von Antitoxin durch Einwirkung des electrischen Stroms auf Diphtherieculturen. (The production of antitoxin by the passage of electricity through diphtheria cultures.)** *Journal of Experiment. Medicine. Juli 1896.*

Rein experimentelle Arbeit, ohne laryngologisches Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

134) **C. B. Stevens. 9 Fälle von Intubation mit Serum behandelt. (9 cases of intubation treated with antitoxin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 9. Juli 1896.*

4 Fälle endigten letal.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

135) **Redact. Artikel. Vorsichtsmaassregeln bei der prophylactischen Anwendung von Diphtherieheilserum. (Precautions in the prophylactic use of the antitoxin of diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 18. Juli 1896.*

Auszug aus einem Artikel von Adamkiewicz in der Wiener Medic. Presse vom 3. Mai 1896. W J. SWIFT (LEFFERTS).

136) **Lennox Browne. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Medical Brief. Juli, August u. September 1896.*

Verf. ist der Meinung, dass das Serum die Sterblichkeit an Diphtherie nicht herabgesetzt hat. Die geringe Abnahme der Mortalität seit Einführung des Serums führt er auf die sorgsamere Pflege und gründlichere Ernährung zurück.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

137) **C. G. Slagle. Bericht über die Discussion auf dem letzten Meeting der American Medical Association über die Serumbehandlung bei Diphtherie und Bemerkungen zu derselben. (Notes and comments upon the discussion of the antitoxin treatment of diphtheria at the late meting of the American Medical Association.)** *Northwestern Lancet. 1. August 1896.*

Nichts Erwähnenswerthes. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

138) **J. H. Mc Collom. Das Serum bei der Behandlung der Diphtheritis. (Antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 13. August 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

139) **Redact. Notizen. Die Serumbehandlung und der Conservatismus. (Antitoxin versus conservatism.)**

Die Diphtheritis und ihre Behandlung mittelst Serum. (Diphtheria and its antitoxin.) *The Laryngoscope. August 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

140) **Redact. Mittheilungen. Sammelforschungen über die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Diphtheria antitoxin collective investigations.)** *Northwestern Lancet. 15. August 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

141) **W. E. Fitch. Diphtherie mit Serum behandelt. (Diphtheria treated with antitoxin.)** *Charlotte Med. Journal. August 1896.*

Bericht über 2 geheilte Fälle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

142) **R. T. Holden. Bericht über einige mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie. (Report of some cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *Maryland Med. Journal. 22. August 1896.*

10 Fälle, von denen 2 starben. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

c. Kehlkopf und Luftröhre.

143) **L. Przedborski. Beitrag zur Lehre von den acuten infectiösen Pharynx- und Larynx-Entzündungen. (Przyczynek do nauki o ostrych, rakarnych, ropnych zapaleniach gardzieli i krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 34, 35, 36, 38. 1896.*

Verf. beschreibt genau einige von ihm beobachtete entsprechende Fälle. Bei 3 Kranken handelte es sich um leichte Formen mit günstigem Verlauf; dieselben sind als typische Fälle von Laryngitis phlegmonosa submucosa idiopathica anzusehen. In 2 Fällen handelte es sich um Pharynx-Erysipel, im einen blieb der Process streng im Larynx localisirt, im zweiten breitete er sich auf Haut und Capillitium aus. Schliesslich beschreibt Verf. einen schweren Fall von Pharyngo-Laryngitis phlegmonosa mit tödtlichem Ausgange. Die Autopsie wurde nicht gestattet.

Bacteriologische Untersuchungen wurden nicht vorgenommen.

A. v. SOKOLOWSKI.

144) **C. Otto** (Kopenhagen). **Ueber Erysipelas laryngis. (Om Erysipelas laryngis.)** *Bibliothek for Laeger. 1896.*

Ein 37jähriger Mann wurde am 7. Februar 1895 heiser und zeigte laryngostenotische Symptome. Als diese trotz Inhalationen von Wasserdämpfen zunahmen, wurde er am 10. Februar im Spital aufgenommen. Temp. 38,1, Puls 84, unregelmässig. Starke laryngostenotische Symptome. In den Fauces kein Belag. Epiglottis und Plica aryepiglottica ödematös geschwollen, Urin stark eiweisshaltig. — Die Tracheotomie wurde gleich gemacht. — 11. Febr. Temp. 38,7—38,6. Die Respiration ist ganz frei. 12. Febr. Temp. 39,7. Diurese 740. Der Urin ist stark eiweisshaltig. Das Befinden des Patienten ist ganz gut, aber im Laufe des Tages stieg die Temperatur bis 41,2. Der Puls wurde klein und schnell. Es traten klonische Krämpfe auf, der Collaps wurde tiefer und tiefer, und der Tod trat um $5^1/_2$ Uhr Nachmittags ein.

Bei der Section wurde ein starkes Oedem der Schleimhaut im Larynx constatirt. Das Oedem setzte sich auf die Zungenwurzel und die hintere Wand des Schlundkopfes fort. An mehreren Stellen war die Submucosa und das perilaryngeale Bindegewebe mit Pus infiltrirt und hie und da konnte man kleine Abscesse nachweisen. Die Organe waren alle parenchymatös degenerirt.

Eine genaue und ausführliche Uebersicht über die hierher gehörende Literatur schliesst die Arbeit ab.

SCHMIEGELOW.

145) **Howard S. Straight. Bemerkungen über die Laryngitis. (Notes on laryngitis.)** *Cleveland Journal of Medicine. November 1896.*

S. hält Argentum nitricum für das Heilmittel bei Kehlkopf- und Rachenentzündung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

146) **Redact. Notiz. Kehlkopfreizung. (Laryngeal irritation.)** *N. Y. Med. Record. 3. October 1896.*

Rp.	Alkohol (40proc.)	18,75
	Menthol.	0,48
	Cocain. muriat.	0,12
	Ac. benzoicum	0,90.

M. D. S. 10—20 Tropfen auf $^1/_2$ Glas warmes Borwasser, zum Gurgeln oder als Spray zu benutzen.

LEFFERTS.

147) **Compaired. Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica bei Grippe. (Cas de laryngite hémorrhagique grippale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 5. Mai 1896.*

Der Fall betrifft ein junges Mädchen von 18 Jahren. Die Blutung dauerte 12 Tage und war von starker Hyperämie der gesammten Schleimhaut begleitet.

E. J. MOURE.

148) **Glover. Acute Form der primären pseudomembranösen Rhino-Laryngo-Bronchitis. Bakteriologische Untersuchung. Sectionsbefund. (Forme aigue de rhino-laryngo-bronchite pseudo-membraneuse primitive. Examen bacteriologique. Autopsie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 5. Mai 1896.*

Aus den Pseudomembranen wurde der Staphylococcus albus in Reincultur gezüchtet. Die Krankheit entwickelte sich rapide unter Fieber. Die 67jährige Patientin warf während der ganzen Dauer der Erkrankung niemals eine Pseudomembran aus.

E. J. MOURE

149) **G. Sticker. Ueber einen atrophischen Process im Bereich der Athmungswege.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 31.*

St. hält dafür, dass es bei vielen Patienten atrophische Zustände im Bereich der oberen Luftwege giebt, ohne dass vorher jemals eine Entzündung, ein Catarrh bestanden hätte oder nachher jemals Ozaena auftrete. Dieser Zustand, der mit Rücksicht auf das auffallendste Symptom, die Trockenheit, den Namen Xerose verdient, führt zur Erweiterung des Nasenraums, des Rachens, des Kehlkopfs, der Trachea, Bronchien und Lunge. Der lymphatische Apparat ist dabei mangelhaft entwickelt. Die Atrophie kommt durch heimlichen Schwund der Gewebe zu Stande. Acute und chronische Entzündungsvorgänge können sich hinzugesellen. Die Xerose wurde von St. fast ausnahmslos gefunden bei Leuten mit erworbener oder ererbter Lues. St. ist daher geneigt, sie zu deuten in Analogie des tabischen Processes.

LANDGRAF.

150) **A. Logan Turner. Kehlkopftuberkulose. (Laryngeal tuberculosis.)** *Edinb. Med. Chir. Society. Februar 1896.*

Vorstellung eines Patienten, bei dem tuberculöse Erscheinungen durch locale Applicationen von „Chappell'scher Mixtur", Creosot, Gaultheria, Menthol, Castoroel und Ol. hydrocarbol. zum Verschwinden gebracht sind. Der Kehlkopf ist sieben Monate in gutem Zustande geblieben.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

151) **Brindel. Ulceröse Tuberculose der Mandel, der Zunge und des Kehlkopfes bei einem $8^1/_2$jährigen Kinde. (Tuberculose ulcereuse de l'amygdale, de la langue et du larynx chez un enfant de 8 ans $^1/_2$.)** *Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 8. März 1896.*

Der Anfang der Erkrankung liegt $1^1/_2$ Jahre zurück. Das Kind starb nach einigen Wochen. Die bacteriologische Untersuchung wurde gemacht.

E. J. MOURE.

152) **Némai. Kehlkopfnarben nach hochgradigen tuberculösen Destructionen.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 2. 1896.*

Der Titel besagt Alles; im Uebrigen war die Kehlkopftuberculose noch nicht abgeschlossen.

SCHECH.

153) **B. A. Burbank. Kehlkopftuberkulose und functionelle Aphonie. (Laryngeal tuberculosis and functional aphonia.)** *Massachusetts Med. Journal. Mai 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

154) **T. H. Wood. Kehlkopftuberkulose. (Laryngeal tuberculosis.)** *The Southern Practitioner. August 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

155) **Molinie. Die Dysphagie bei der Kehlkopftuberkulose. (De la dysphagie dans la tuberculose laryngée.)** *Marseille médical. November 1895.*

Eine Zusammenstellung der verschiedenen medicamentösen und chirurgischen Behandlungsweisen, mit denen zur Zeit gegen die Kehlkopfphthise vorgegangen wird.

E. J. MOURE.

156) **H. Koschier** (Wien). **Combination von Sklerose und Tuberculose im Larynx.** Aus der laryngol. Klinik von Prof. Störk. — *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 42.*

53jähriger Tischlergehülfe. In pulmonibus beiderseitige Spitzeninfiltration, Tuberkelbacillen im Sputum. Der rhino- und laryngoskopische Befund war folgender: Die lateralen Partien des Nasenrückens beiderseits aufgetrieben, der Boden der Nasenhöhlen im rückwärtigen Antheile infiltrirt. Am Nasenrachendach zahlreiche Narbenzüge, ein Infiltrat der Hinterfläche des weichen Gaumens. Die Choanen durch Infiltration verengt. Im Rachen nichts Pathologisches. Die Petiolargegend der Epiglottis und die aryepiglottischen Falten infiltrirt. Stimmbänder unregelmässig wulstig, lassen bei der Respiration nur einen schmalen Spalt zwischen sich frei. Die Schleimhaut des subchordalen Raumes beiderseits verdickt. Die tiefen Trachealpartien nicht sichtbar. Die Diagnose lautete auf: Scleroma nasi et laryngis, die histologische Untersuchung bestätigte dieselbe. Bei entsprechender Therapie war das Befinden des Patienten durch zwei Jahre ein erträgliches. Um diese Zeit stellte sich hochgradige Athemnoth ein. Im Larynx zeigte sich nun stärkere Infiltration und ein grosses Geschwür an der hinteren Larynxwand. Der Process in den Lungen war fortgeschritten. Wegen Suffoca-

tionsgefahr musste tracheotomirt werden. Nach einigen Tagen Exitus. Koschier beschreibt nun genau das nach der Methode von Orth hergestellte anatomische Präparat. Die histologische Untersuchung bestätigte die früher gestellte Diagnose: Ein älterer scleromatöser Process der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut mit späterer Infection durch Tuberkelbacillen. Schliesslich bespricht Verf. die Diagnosenstellung und die Therapie.

CHIARI.

157) F. W. Blake. **Zur Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (Concerning the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Columbus Med. Journal. 7. Juli 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

158) A. Kuttner. **Zur Localbehandlung der Kehlkopfphthise. (Local treatment of laryngeal phthisis.)** *The Medical Age. 10. April 1896.*

Eine Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden; nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

159) M. Hajek. **Die Anwendung des Jodol bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren.** *Therapeutische Wochenschr. No. 25. 1896.*

Hajek hält von den vielen mehr weniger gepriesenen Ersatzmitteln des Jodoforms für die Behandlung der Kehlkopfgeschwüre das Jodol am zweckentsprechendsten. Es ist geruchlos, ruft nie Intoxicationserscheinungen hervor, kommt aber auch nur als Antisepticum, nicht als Specificum in Betracht. Infolge seiner geringen Löslichkeit bildet es eine mehrere Tage haftende schützende Decke vor der Einwirkung des Sputums und befördert die Granulationsbildung. H. wiederholt die Einblasungen alle 3—4 Tage und hat schöne Erfolge. Schliesslich mahnt er zur Controle, ob die Bedeckung der Geschwüre nach der Einblasung auch eine vollkommene ist.

CHIARI.

160) Hedderich. **Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1896.*

Die Resultate mit dem von Spengler empfohlenen Mittel, das an 30 Patienten der Jurasz'schen Klinik geprüft wurde, waren zwar nicht glänzend, doch erzielte man Reinigung der Geschwüre und Besserung der subjectiven Beschwerden, langsames Zurückgehen der Oedeme und Verkleinerung der Infiltrate. Dreimal trat heftiges Erbrechen und anhaltende Uebelkeit ein. Weitere Prüfung des Mittels erscheint angezeigt.

SCHECH.

161) J. W. Springthorpe (Melbourne Victoria). **Die Anwendung von Tuberculin. (The use of tuberculin.)** *Australia Med. Gazette. 20. October 1896.*

Unter anderen Beobachtungen theilt Verf. mit, dass er durch Tuberculingebrauch in einem diagnostisch zweifelhaften Falle im Stande war, zwischen Carcinom und Tuberculose des Larynx zu entscheiden, ferner dass er vollständige und dauernde Heilung einer tuberculösen Laryngitis erzielte. Auch ein tuberculöses Ulcus des Pharynx, das von verschiedenen Seiten erfolglos behandelt war, brachte er durch Tuberculin zur Heilung. Verf. betont, dass man kleine Dosen

geben und Fieber vermeiden muss. Er beginnt mit 0,01 zwei mal wöchentlich und steigt bis zu 0,1, auf welcher Dosis er so lange als durchführbar verbleibt.

A. J. BRADY.

162) **H. L. Taylor. Die chirurgische Behandlung der tuberkulösen Laryngitis. (The surgical treatment of tubercular laryngitis.)**

Nichts Bemerkenswerthes.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

163) **Mc Neill Whistler. Vorlesung für Aerzte über Syphilis in ihren Erscheinungen im Kehlkopf. (A post graduate lecture on syphilis as it affects the larynx.)** *Clinical Journal. 15. Juli 1896.*

Verf. beschreibt eingehend die verschiedenen Formen von syphilitischer Kehlkopferkrankung; er theilt dieselben in 3 Gruppen:

1. Die frühesten Erscheinungen, die zur eruptiven Periode gehören und die ihrem Wesen nach zu den allgemeinen Secundärerscheinungen zählen, nämlich catarrhalische Congestionen und Plaques muqueuses.

2. Chronischere Entzündungen, die schon einem Uebergangsstadium angehören und die als diffuse Röthung, Verdickung und Ulceration besonders der Stimmbänder, als recidivirende ulceröse Laryngitis in Erscheinung treten.

3. Späterscheinungen, mit oder ohne allgemeine tertiäre Symptome, aber ohne Erscheinungen, die der secundären Periode zugezählt werden müssten. Es sind dies: a) acute gummatöse Entzündung; b) recidivirende Laryngitis des tertiären Stadiums; c) chronische fibroide Bildungen.

Verf. meint, dass man die gesammten Symptome nicht in zwei Gruppen, primäre und secundäre, theilen dürfe, wie dies gewöhnlich geschieht, sondern dass man drei Gruppen unterscheiden müsse.

ADOLPH BRONNER.

164) **Neurath** (Wien). **Beitrag zur Larynx-Syphilis im Kindesalter.** *Jahrbuch f. Kinderheilk. 41. Bd. 3. u. 4. Heft. 1896.*

6jähriges Mädchen ohne erbliche Belastung; die Syphilis wurde wahrscheinlich in den ersten Lebensjahren erworben. Harter Gaumen links neben der Mittellinie fast völlig gespalten, an den Seiten geschwürig zerfallen. Kehldeckel an den Rändern ulcerirt, Stimmbänder infiltrirt. Schmierkur unvollständig durchgeführt. Nach einem Monat Stenosenerscheinungen. Epiglottis fast völlig durch Geschwüre zerstört, Schleimhaut des Kehlkopfes verdickt, links ulcerirt; auf Schmierkur wesentliche Besserung. Plötzlicher Tod durch Asphyxie.

SEIFERT.

165) **Adolph Bronner. Zwei Fälle von hereditär-syphilitischer Spät-Laryngitis. (Two cases of late congenital syphilitic laryngitis.)** *Brit. Med. Journ. 16. Mai 1896.*

Vorstellung in der Leeds Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

166) **Davezac. Drängende Tracheotomie. (Trachéotomie d'urgence.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 42. 1896.*

Es handelte sich um ein syphilitisches Gumma in der Regio interarytaenoi-

dea. Die specifische Therapie wurde erst nach der Tracheotomie eingeleitet. Die Diagnose war vorher auf Lungen- und Kehlkopftuberkulose gestellt worden.

E. J. MOURE.

167) **Sargnon. Ein Fall von tertiärer Kehlkopfsyphilis beim Erwachsenen mit Suffocationsanfällen. Wiederholte Intubation. Heilung. (Un cas de syphilis laryngée tertiaire chez un adulte; crises de suffocation; tubages répétés. Guérison.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 7. Juli 1896.*

Die Kehlkopfstenose trat 7 Jahre nach der Initialaffection auf. Die Epiglottis war intact. Zahlreiche, oft sehr drängende Intubationen mussten vorgenommen werden, bei Tag wie bei Nacht. Schliesslich lernte der Pat. sich selbst intubiren. Drei Monate nach dem Beginne der Behandlung war der Kehlkopf von Narbenzügen erfüllt, die eine tägliche Intubation nothwendig machen.

E. J. MOURE.

168) **Marchal. Tertiäre Zufälle von Larynxsyphitis und Larynxstenose. (Accidents tertiaires de Syphilis du larynx et stenose laryngé.)** *La Presee Méd. Belge. No. 10. 1896. Arch. Méd. Belg. No. 2. 1896.*

Einleitende Beschreibung tertiärer Larynxerscheinungen: Infiltration, Gumma, Perichondritis, Narben und Lähmungen; daran anschliessend Mittheilung von 7 Fällen tertiärer Larynxsyphilis, welche innerhalb eines Jahres zur Beobachtung gelangt waren.

BAYER.

169) **Mendel** (Paris). **Schwere tertiäre Laryngitis mit Calomelinjectionen behandelt. (Laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel.)** *Soc. française de dermatologie et de syphil. 9. Juli 1896.*

Es bestand eine starke Infiltration im Kehlkopf im Anschluss an eine Perichondritis des Schildknorpels. Der Gebrauch von Jodkali musste ausgesetzt werden wegen beunruhigender Zunahme der Dyspnoe. Injectionen von Calomel in der Dosis von 0,05 g, 6mal in 2 Monaten wiederholt, führten die Resorption des Infiltrats herbei.

LUC.

170) **Mosca. Wirksamkeit der Calomeleinspritzungen bei Larynxsyphilis. (Efficacia delle iniezioni di calomelano nella sifilide laryngea.)** *Arch. ital. di Laring. 1896. No. 4.*

Die Formel ist: Calomel 0,50, Vaselinöl 20,0. Die Einspritzung soll tief in die Glutealgegend gemacht, und nöthigenfalls 4 Tage später wiederholt werden.

TOTI.

171) **Dunbar Roy. Bemerkungen über einen Fall von angioneurotischem Oedem des Larynx. (A case of angio-neurotic oedema of the larynx with remarks.)** *The New York Polyclinic. 15. November 1896.*

36jähriger Mann; die Anfälle traten gewöhnlich gegen 10 Uhr morgens ganz plötzlich auf und verschwanden ebenso schnell wieder. Während des Anfalls bot der Larynx ein normales Bild, nur war die Gegend der Aryknorpel ödematös geschwollen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

172) **L. Ebstein** (Wien). **Laryngostenose durch leukämische Infiltration.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 22. 1896.*

Abgesehen von den zahlreich beschriebenen Fällen von profusen, kaum stillbaren Blutungen aus der Nase, kommen bei der Leukaemie aber gar nicht selten auch gewisse Veränderungen im Mund und Rachen vor, die theils entzündlicher Natur, theils als grosse, markige Geschwülste und Knoten in differentialdiagnostischer Beziehung wohl zu beachten sind. Doch auch im Larynx sind secundäre Bildungen im Krankheitsverlaufe der Leukaemie schon beobachtet worden. Einen solchen Fall, der auch zu hochgradiger Stenosirung des Larynx führte, theilt nun Ebstein mit. Im Larynx zeigte sich die Epiglottis an ihrer laryngealen Fläche, die ary-epiglottischen Falten, die Taschenbänder, sowie die seitlichen Schleimhautpartien des subchordalen Raumes blassroth, leicht höckerig infiltrirt, eine hochgradige Verengerung bedingend. Tracheotomie. Bronchitis, Exitus. Die histologische Untersuchung ergab: leukaemische Infiltration. Bezüglich der Diagnose stehen bei der Knötchenform, der blassrothen Farbe, dem multiplen Auftreten, der sonst normal aussehenden, nur blassen übrigen Larynxschleimhaut keine besonderen Schwierigkeiten im Wege. Anders bei der diffus infiltrirten Form. Hierbei kämen in differential-diagnostischer Beziehung gewisse Formen tuberculöser Infiltration und das Lymphosarcom in Betracht, wobei blasse Farbe, Fehlen von Oedem und Geschwulstbildungen, relativ weiche Infiltration für Leukaemie spricht.

CHIARI.

173) **W. Mager** (Wien). **Ein Fall von leukämischer Infiltration des Larynx.** *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 26.*

Bei einem leukaemischen 58jährigen Manne stellte sich im Verlaufe des Krankheitsprocesses Husten und Heiserkeit ein. Die Schleimhaut der hinteren Larynxpartie zeigte sich bedeutend geschwellt, starr infiltrirt. Aus dem rechten Sinus Morgagni ragte eine geschwellte Schleimhautpartie hervor, die den hintern Antheil des rechten Stimmbandes verdeckte. Stimmbänder uneben, geröthet. Höckerige Schwellungen an der Hinterfläche des rechten Aryknorpels. Wegen Suffocationserscheinungen wurde Pat. tracheotomirt, erlag aber bald hierauf einer Pneumonie. Es handelte sich in dem Falle um leukaemische Infiltration des Larynx mit Perichondritis und Necrosenbildung, letzteres in der rechten Larynxhälfte, während links ausschliesslich rein leukämische Infiltration histologisch nachgewiesen wurde. Den gemischten Charakter des Processes in der rechten Larynxhälfte kann man sich aus der dort etablirten Perichondritis genügend erklären. Mayer versuchte in diesem Falle durch Erzeugung eines Erysipels einen günstigen Einfluss auf die Leukaemie zu erzielen, doch war dieser Versuch erfolglos.

CHIARI.

174) **Lissard. Verätzung des Larynx und der Trachea mit Essigsprit.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 41.*

Ein Kaufmann aspirirte ein Quantum 14proc. Essigsprits. Totale Heiserkeit, Athemnoth, starker Hustenreiz. Sekret gelblich, dick, mit Blut gemischt. Am 3. Tage plötzlich enorme Athemnoth, Aushusten einer grossen Membran, die

einen Abguss der Luftröhre bis über die erste Bronchienvertheilung darstellte. Heilung. Behandlung: Schweigegebot, Zimmeraufenthalt, Inhalation von 5proc. Bromkalilösung.

LANDGRAF.

175) **Massei. Behandlung der chronischen Larynxstenosen. (Trattamento delle croniche laringostenosi.)** *Arch. ital. d. Laring. 1896. No. 1.*

Es ist derselbe Vortrag, der auf der Brit. laryng. Associat. am 25. Juli 1895 gehalten wurde.

TOTI.

f. Schilddrüse.

176) **Notkin. Zur Physiologie der Schilddrüse. (K fisiologij schtschitowidnei jelesi.)** *Ruski Archiv etc. 20. Juli 1896. Kiew.*

Notkin hat aus der Gl. thyreoidea eine Substanz isolirt, die er Thyreoproteid nennt, welche bei Thieren allgemeine Paralyse und eine eigenthümliche Veränderung des Zellengewebes hervorruft. Verf. reclamirt sein Thyreoprotoid als Ursache der bei Myxoedem zu beobachtenden Infiltrate und resumirt in Folge dessen seine Anschauung über die Schilddrüsenfunction folgendermassen: Der Organismus producirt 1. giftige eiweissfreie Stoffe, welche Symptome der Tetanie hervorrufen. Diese Stoffe werden unschädlich gemacht durch ein in der Schilddrüse bereitetes Antitoxin. 2. Die eiweissähnliche Substanz — Thyreoprotoid — ein Product des allg. Stoffwechsels, wird von der Schilddrüse durch ein in ihr befindliches Ferment paralysirt und ein eigenartiger, Jod enthaltender Eiweisskörper bereitet, der für die regelmässige physiologische Thätigkeit der übrigen Organe, namentlich des Centralnervensystems, nothwendig ist.

P. HELLAT.

177) **Redact. Notiz. Die Schilddrüse und der Genitalapparat bei Frauen. (The thyroid gland and the genital apparatus in women.)** *N. Y. Med. Journal. 1. August 1896.*

Bemerkungen über ein Referat (Centralblatt für innere Medicin, 11. Juli 96) über einen Artikel von Dr. J. Fischer (Wien. med. Wochenschr.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

178) **Heddaeus. Ein Fall von acuter Strumitis durch Diplococcus Fränkel-Weichselbaum mit secundärer metastatischer Pneumonie.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 21. 1896.*

Nach Kocher spielen Thrombose, Blutergüsse, regressive Metamorphosen, Traumen, Injectionen von Jod etc. die Hauptrolle, ebenso wie Entzündungserreger, die von anderen Organen aus eindringen, wie dies bei Typhus, Pyaemie, Puerperalfieber etc. der Fall ist. Andere Autoren nennen Gelenkrheumatismus, Malaria. In dem von H. mitgetheilten Falle ging von einer primären Strumitis eine secundäre Infection der Lunge aus.

SCHECH.

179) **Turner. Zur Frage der Aetiologie der acuten Entzündungen der Schilddrüse (Thyreoiditis, Strumitis). (K woprosu ob etiologi ostrich wospachni schtschitowidni sheleai.)** *Wratsch No. 30. 1896.*

Beschreibung eines Falles von acuter Entzündung der schon vergrösserten Schilddrüse mit Ausgang in Abscessbildung. Einschnitt am lateralen Rande des Sternocleidomastoid, eröffnete einen apfelsinengrossen Eiterherd. Heilung. T. nimmt an, dass die Entzündung und Abscessbildung embolischen Ursprungs sei, herstammend aus dem Darmrohr. Die Pat. litt einige Tage vorher an dyspeptischen Störungen. Im Eiter wurde der Staphylococcus aureus nachgewiesen.

P. HELLAT.

180) **Ewald. Zur Aetiologie der Strumitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1896.*

Anschliessend an die Publication von Heddaeus macht E. darauf aufmerksam, dass schon Schnitzler die Fortpflanzung der Entzündung benachbarter Organe, speciell von Angina auf die Schilddrüse erwähnt habe und dass dieser Weg von ihm selbst gelegentlich seiner Untersuchungen über Trachealcompression durch Struma gefunden wurde.

SCHECH.

181) **Karl Frank. Ein Fall von Blähkropf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1896.*

Substernale Struma, die sich bei Pressen sehr bedeutend aufbläht, und sicher keine Tracheocele vorstellt.

SCHECH.

182) **W. J. Broadley. Ueber die Blutcysten der Schilddrüse. (On haemorrhagic cysts of the thyroid gland.)** *Journ. of Experimental Medicine. Juli 1896.*

Die Geschwülste zeigen alle Eigenheiten der Cysten mit flüssigem Inhalte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

183) **James Berry. Eine Serie von Schilddrüsencysten und Adenomen. (A series of thyroid cysts and adenomata.)** *British Medical Journal. March 21. 1896.*

Demonstration einer Reihe von Schilddrüsengeschwülsten am 17. März 1896 vor der Pathological Society of London, welche alle denkbaren Uebergänge von Adenomen der Drüsen zu Cysten derselben darstellten. Der Vortragende erklärte ausführlich, wie diese Uebergänge zu Stande kämen.

SEMON.

184) **S. G. Shattock. Multiple exogene Adenome der Schilddrüse. (Multiple exogeneous adenomata of the thyroid).** *British Medical Journal. March. 21. 1896.*

Demonstration eines Präparats am 17. März 1896 vor der Pathological Society of London, welches von Mr. Battle von der rechten Seite des Halses eines 22jährigen Mannes entfernt worden war. Der äusserst ungewöhnliche Charakter des Präparats bestand darin, dass die Geschwulst ein Conglomerat einer grossen Menge deutlicher Neubildungen darstellte, welche durch Bindegewebe locker zusammengehalten wurden. Die Structur der Geschwülste zeigte stellen-

weise normales Schilddrüsengewebe, an anderen Stellen colloide Degeneration desselben und Ausdehnung der Drüsensubstanz durch multiforme Epithelialzellen. Der Vortragende erklärte die Multiplicität der Geschwülste aus einer exogenen Formation von Adenom: der Process sei dem bei subperitonealen Myomen des Uterus beobachteten analog. SEMON.

185) **F. Edgeworth. Bemerkungen über einen Fall Basedow'scher Krankheit. (Notes on a case of exophthalmic goitre).** *Bristol Med. Chir. Journal. März 1896.*

Der rechte Seitenlappen der Schilddrüse wurde entfernt; der Patient starb. ADOLPH BRONNER.

186) **Arthur Maude. Bericht über die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Thymusdrüse. (Notes on the treatment of Graves' disease by thymus gland.)** *Lancet 18. Juli 1896.*

M.'s Beobachtungen erstrecken sich auf 4 Fälle. Nur bei einem war der Erfolg ein vollständiger, jedoch trat beim Aussetzen der Drüse alsbald ein Rückfall ein. Die anderen 3 Fälle wurden nur gebessert. ADOLPH BRONNER.

187) **Redact. Notiz. Die Basedow'sche Krankheit und ihre chirurgische Behandlung. (Exophthalmic goitre and its surgical treatment.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 25. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

188) **J. Dreschfeld. Bemerkungen über Basedow'sche Krankheit. (Notes on Graves' disease.)** *Practitioner. August 1896.*

Eine Uebersicht über 42 Fälle, von denen 2 Kinder, 37 Frauen und 3 Männer betrafen. Belladonna schien am günstigsten zu wirken. Gegen Erbrechen halfen grosse Dosen von Kalium citricum. Auch die electrische Behandlung, faradische wie galvanische, erwies sich oft als nützlich. Die Thyroidtherapie wirkte nicht günstig, ebensowenig Thymus. ADOLPH BRONNER.

189) **Redact. Bemerkung. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 8. August 1896.*

Nach den letzten Veröffentlichungen sind als die für die Thyroidectomie geeignetsten Fälle diejenigen anzusehen, bei denen psycho-neurotische Symptome im Vordergrund stehen und bei denen andere therapeutische Versuche ohne Erfolg geblieben sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

g. Oesophagus.

190) **K. Störk** (Wien). **Die Oesophagoskopie.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 28. 1896.*

Nach einigen geschichtlichen Reminiscenzen über die Entwickelung dieser

Disciplin beschreibt Störk an der Hand von Zeichnungen die verschiedenen Oesophagoscope, wie sie der Reihe nach construirt wurden. Schliesslich kommt St. auf sein in jüngster Zeit angegebenes Instrument zu sprechen, führt die Vertheile, die Art der Einführung desselben an und legt eine genaue Zeichnung bei. Dieses Störk'sche Oesophagoscop ist ein 40 cm langes starres Rohr von 12 mm Durchmesser, an dessen distalem Ende 8 bewegliche Glieder angefügt sind, schuppenförmige Fortsätze tragen je eine Niete als Achse der Bewegung. Dieser bewegliche Endtheil ist mit einem straff anliegenden Kautschukschlauche zu überziehen, um Verletzungen zu verhüten, aus welchem Grunde auch der spiralige Mandrin am distalen Ende einen Hartgummiobturator trägt. Patient sitzt bei Einführung dieses Instrumentes möglichst tief mit vornübergebeugtem Kopfe. Das Rohr wird wie eine Schlundsonde eingeführt, als Lichtquelle kann entweder ein elektrisch beleuchteter Kehlkopfspiegel (nach Störk) oder irgend ein Frontalphotophor oder endlich das Panelektroscop verwendet werden. Zum Schlusse bespricht Störk die Diagnosen, die Contraindicationen der Einführung des Oesophagoscopes und die endooesophagealen Behandlungsmethoden. CHIARI.

191) **Lefour. Blind endigender Oesophagus und Communication zwischen diesem und der Trachea bei einem Neugeborenen. (Imperforation oesophagienne et communication oesophago-trachéale chez un nouveau-né.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 20. 17. Mai 1896.*

Das Kind starb 10 Stunden nach der Geburt. Der Oesophagus endigte 4 cm unterhalb seines Anfangs blindsackförmig und setzte sich in einen fibrösen Strang fort. Etwas tiefer bekam die Speiseröhre wieder ihr normales Lumen, aber communicirte breit mit der Trachea. Das Kind hatte nicht geschrieen, auch nicht geweint oder gesaugt. Bei der Inspiration war ein Gargouillement mit einem stridulösen Geräusch hörbar gewesen. E. J. MOURE.

192) **C. W. Richardson. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *National Med. Review. Juli 1896.*

Ein Pflaumenkern brach 8 Tage nach dem Verschlucken in die Pleurahöhle des 4 Jahre alten Kindes durch. Das Mädchen starb am Tage darauf.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

193) **Rosenheim. Zur Casuistik der Fremdkörper im Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 31.*

1. Ein 24jähriger Arbeiter hatte ein künstliches Gebiss verschluckt. Dasselbe sass 24 cm von der Zahnreihe und konnte durch das Oesophagoscop deutlich gesehen werden. Oesophagotomie. 4 Tage später Fieber, Aphonie bedingt durch doppelseitige Recurrenslähmung.

2. Kellnerin verschluckte 3 Goldstücke. Dieselben sassen 34 cm von der Zahnreihe, konnten mittelst des Oesophagoscops gesehen und dann extrahirt werden. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 23. Februar 1896.

Die Sitzung beginnt mit der Discussion der Statuten der neu zu gründenden Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft, wie auf der letzten Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen, welche letztere einen mehr intimen Charakter hatte, beschlossen worden war. Ein Comité, bestehend aus den Herren Capart, Delstanche, Eeman, Hicquet und Schiffers, den früheren Präsidenten, war mit der Ausarbeitung der Statuten betraut worden. Nachdem dieselben unter dem Vorsitze Delstanche's discutirt und adoptirt waren, wird die Eröffnung der neuen Gesellschaft proclamirt und das Präsidium dem Dr. Delie, welcher auf der letzten Sitzung für das Jahr 1896 zum Präsidenten ernannt worden war, übergeben. Dr. Buys wird zum Secretär und Dr. Cheval zum Schatzmeister der Gesellschaft ernannt.

Es werden sodann für die Hauptsitzung im Juni zwei Fragen zur Besprechung aufgestellt:

1. Pathogenese und Behandlung der Ozaena; Ref. Capart und Delstanche;
2. acute pseudomembranöse Rhinitis und Nasendiphtheritis; Ref. Eeman und Bayer.

Schliesslich werden noch einige Mittheilungen gemacht, und zwar von:

Bayer: Ueber ein indurirtes Mandelgeschwür, welches sich als Primäraffect mit nachfolgender Roseola herausstellte und so die gestellte Diagnose bestätigte. Schmierkur.

Eeman: Bemerkungen zu einem Fall von Tracheotomie bei einem Gichtiker, bei welchem im Verlauf eines acuten Anfalls eine Phlebitis der Jugul. int. mit acutem linksseitigen Pharynx- und Larynxödem, das die sofortige Tracheotomie nothwendig machte, aufgetreten war, ähnlich den Phlebiten der Saphena und anderer grösserer Venen, welche man bei dieser Affection zu beobachten Gelegenheit hat. Als Phlebitis der Jugul. scheint die Beobachtung ein Unicum der Literatur zu sein.

Eeman: Streptococcenangina, Behandlung eines 4jährigen Kindes mit dem Denys'schen Antistreptococcenserum; das Resultat war ausgezeichnet und verspricht sich der Redner von der neuen Therapie grossen Erfolg. Die Ansicht von der besonderen Gefährlichkeit, welche nach E. den Streptococcenanginen innewohnen soll, wird nicht getheilt (Cheval).

Eeman: Nasendiphtheritis: Im Gegensatz zu Zarniko, welcher die primäre localisirte Nasendiphtheritis als zu den grössten Seltenheiten gehörig beschreibt, hat sie E. nach Beobachtung von mehreren Jahren als gar nicht so selten befunden. Er wurde in seinen Nachforschungen, was die bacteriologischen

Untersuchungen anbelangt, von dem bekannten Bacteriologen Van Ermengen unterstützt, wodurch dieselben von besonderem Interesse sind. Die Frage wurde daher für die Hauptversammlung im Juni auf die Tagesordnung gebracht.

Rousseaux: Knochenblase und Knochencyste der mittleren Muschel. Vorzeigen zweier Präparate, von denen das eine die ganze rechte Nasenhöhle ausfüllende lufthaltige Knochenauftreibung darstellt, welche die obere und untere Muschel zum Verschwinden gebracht hatte; das andere betrifft eine das vordere Ende der mittleren Muschel einnehmende Knochencyste myxomatösen Inhalts. Discussion zwischen Schiffers, Bayer, Laurent und Rousseau bezüglich der Benennung derartiger Knochenauftreibungen; man einigte sich über die Bezeichnung „lufthaltige und myxomatöse Knochencyste".

Hauptsitzung vom 7. Juni 1896.

Vormittags: Demonstration von anatomischen Präparaten und Instrumenten:

Bayer legt mikroskopische Präparate des Ozaenamicroben vor, des „Löwenberg'schen" Coccobacillus, in seinen verschiedenen Stadien vor und nach der Behandlung mit der Electrolyse.

Delie zeigt vor: 1. Nasenschleimpolypen aussergewöhnlicher Grösse (einer, 40 g schwer, wird auf einmal mit der kalten Schlinge entfernt); 2. Nasenscheidewandvorsprünge, welche er mit seinem früher schon beschriebenen scharfen Meissel entfernt hatte; der Vorzug seiner Methode bestehe darin, dass sie am wenigsten schmerzhaft sei, absolute Sicherheit gewähre und an Schnelligkeit alle anderen Methoden übertreffe, ausserdem zu keinen ernstlichen Blutungen Veranlassung gebe und der Heilungsprocess am glattesten dabei ablaufe.

Gouguenheim zeigt einen neuen Perforateur des Alveolarfortsatzes des Sin. maxill. vor.

Hennebert präsentirt eine abgeschälte hypertrophische untere Muschel, welche er mittelst der kalten Schlinge abgerissen hatte; der Schleimhautlappen ist $5^1/_2$ cm lang, 12 mm hoch und 10 mm dick; die Blutung stand nach einfacher Tamponade still. Heilung und Resultat perfect.

Koch (Luxemburg): Fremdkörper der ersten Luftwege: eine grosse Bohne, welche den linken Bronchus verlegte; Tracheotomie mehrere Tage später, gefolgt von sofortigem Ausstossen der Bohne; Heilung der Wunde per primam int. ohne vorheriges Einlegen einee Canüle.

Laurent demonstrirt an Präparaten die verschiedenen osteoplastischen Resectionen des Oberkiefers — vom Gaumen, der Nase und den Gesichtsknochen aus — behufs der Exstirpation von Nasenrachentumoren.

Rutten: Polypöser Auswuchs der rechten Mandel; $2^1/_2$ cm langer Polyp von der Gestalt eines Zäpfchens, oberflächlich der Mandel aufsitzend.

Nachmittags: Bayer wird zum Präsidenten für das Jahr 1896—1897 gewählt.

Vorträge und Discussionen:

Rhinitis pseudomembranosa und Nasendiphtheritis. Ref. Eeman (Gent) und Bayer (Brüssel).

Eeman liess seit Januar 1895 bei allen Fällen pseudomembranöser Rhinitis, welche zu seiner Beobachtung kamen, die bacteriologische Untersuchung durch den bekannten Bacteriologen Van Ermengen vornehmen; diese aus seiner Klinik und Privatpraxis entnommenen 11 Fälle betreffen ohne Unterschied primäre Nasendiphtheritis; in 8 Fällen davon handelte es sich um reine Diphtheritis, in 3 um Mischformen, zweimal Diphtheritis mit Streptococcen und Staphylococcen, einmal Diphtheritis mit Diplococcen; es waren immer Kinder, und zwar im Alter von 17 Monaten bis 11 Jahren. Nach den Beobachtungen des Ref. müsste 1. die sogenannte fibrinöse Rhinitis von der Liste der Nasenaffectionen gestrichen werden, da die falschen Membranen immer durch den Löffler'schen Bacillus hervorgerufen würden und die fibrinöse Rhinitis nichts anderes bedeute, als primäre Nasendiphtheritis; 2. in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, vielleicht immer, sei die Affection rein local, mit unbedeutenden Erscheinungen einhergehend, obgleich die Microben, welche die Membranen beherbergen, eine hohe Virulenz besitzen, wie Ref. durch Experimente nachgewiesen; es müssten daher 3. die damit behafteten Kinder, welche ihre gewöhnliche Lebensweise fortsetzen, als ganz wirksame Krankheitsträger und Verbreiter der Diphtheritis angesehen werden, gegen welche man entsprechende prophylactische Maassregeln ergreifen müsse: frühzeitige und vollständige Isolirung; Unschädlichmachen der Membranen und Nasensecretionen etc.

Bayer: Die acute pseudomembranöse Rhinitis ist meist traumatischen (chemischen oder physikalischen „galvanocaustischen") Ursprungs; indess giebt es eine Form, deren Ursache man dem Arthritismus zuschreiben muss; letztere kann das gleiche Individuum mehrmals befallen. In der Regel sind die pseudomembranösen Rhiniten diphtheritischer Natur-Theilerscheinung der Hals- und Rachendiphtheritis und können als Primäraffecte imponiren, wenn der Process an den anderen Theilen, d. h. im Rachen und Hals schon abgelaufen ist. Es existirt aber eine primäre pseudomembranöse Rhinitis, welche man auch als „latente" bezeichnen könnte, mit der wir uns hauptsächlich in diesem Augenblick zu beschäftigen haben: dieselbe hat einen langsamen Verlauf, bleibt in der Nase localisirt und bringt beinahe gar keine Allgemeinerscheinungen hervor; dieselbe wird für selten angesehen, weil sie gewöhnlich nicht bis zum Rhinologen kommt, der bis jetzt beinahe allein ihre Natur erkannt hat. Dieselbe ist diphtheritischer Natur mit hochgradiger Virulenz des Löffler'schen Bacillus, obgleich dieselbe meist spontan nach mehreren Wochen ausheilt, jedoch sind Fälle mit tödtlichem Ausgang durch Autoinfection in der Literatur niedergelegt. Energische prophylactische Maassregeln besonders betreffs des Schulbesuches müssen in erster Linie genommen werden, um die Verschleppung und Ausbreitung der Krankheit zu verhüten.

Delstanche hat häufig pseudomembranöse Rhiniten nach Cauterisationen in der Nase gesehen und fragt sich, ob ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Löffler'schen Bacillus dabei im Spiele gewesen sein mag.

Wagnier hat 5—6 Fälle postgalvanocaustischer fibrinöser Rhiniten gesehen und meint, man müsse sich unbedingt über die Natur dieser Complication Sicherheit verschaffen.

Bayer, der früher die Entstehung von Pseudomembranen nach galvanocaustischen Eingriffen häufig gesehen, hat sie nicht mehr beobachtet, seitdem er einen antiseptischen Tampon einlegt.

Beco befürwortet ebenfalls die Lösung der Frage; er meint, dass vom theoretischen Standpunkte aus die Nasencauterisationen leicht den geeigneten Boden liefern könnten für die Entwickelung der sich häufig als unschädliche Gäste in der Nase befindlichen Löffler'schen Bacillen.

Gevaert hat einen Fall von fibrinöser Rhinitis bei einem 4jährigen Mädchen beobachtet, welches dieselbe am 30. Tage seines Aufenthaltes im Spitale acquirirt hatte; am 33. Tage nimmt die Mutter das Kind nach Hause und kommt selbst am 40. Tage mit einer Angina diphth. ins Spital, die Grossmutter am 44. Beide Male wurden Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. Damit wäre der Beweis erbracht, dass die fibrinöse Rhinitis auf die Umgebung ansteckend unter der Form diphtheritischer Anginen etc. einwirken könne, was Eeman bis jetzt noch nicht hatte constatiren können.

Buys besäte Bouillon mit Bacillen, welche er einem Kinde in der 7. Woche der Erkrankung, welche bis dahin nicht erkannt worden war, entnommen, und spritzte davon 1 ccm einem Meerschweinchen ein, das nach 4 Tagen erlag. Beweis für die (allerdings abgeschwächte) Virulenz der Bacillen und deren langer Persistenz.

Auf die Anfrage Beco's bezüglich der Wirksamkeit der Serotherapie auf die Nasendiphtheritis spricht sich Eeman (1 Fall) entzückt darüber aus und Boland (2 Fälle) günstig.

Noquet hat die primäre Nasendiphtheritis ebenfalls selten beobachtet und in seinen Fällen mit antiseptischen Pulverisationen vollkommene Heilung erzielt. Er glaubt, man könne den Löffler'schen Bacillus, wenn man darnach suche, häufig in normalen Nasenhöhlen antreffen, wie dies für den Koch'schen Bacillus mit der Mundhöhle der Fall wäre. Zum Schluss antwortet Eeman den verschiedenen Redner, dass sich seine Ausführungen lediglich nur auf die primäre pseudomembranöse Rhinitis beziehen und er an seinen Behauptungen an der Hand seiner beobachteten 11 Fälle festhalte, dass „dieselbe immer diphtherischer Natur sei."

Bayer schliesst sich, was die primäre pseudomembranöse Rhinitis anbelangt, ganz den Conclusionen des Vorredners an, reservirt sich aber seine Ansicht bezüglich der anderen pseudomembranösen Rhiniten. Was das Verbot des Schulbesuches anbelangt, so genüge es, dasselbe auf ein Paar Wochen nach dem vollständigen Verschwinden der Membranen auszudehnen.

Pathogenese und Behandlung der Ozaena: Ref. Capart (Brüssel) und Delsaux (Brüssel).

Capart: Die Ozaena ist eine atrophische Gewebsveränderung ohne Necrose und ohne Geschwürsbildung; die verschiedenen aufgestellten Theorien, weder die eines congenitalen anatomischen Bildungsfehlers, noch die, dass die Ozaena im

Wesen eine Sinusitis sei, ebenso wenig wie die bacteriologische Theorie, seien befriedigend und habe man es dabei mit einer Verwechselung von Folge und Ursache zu thun. Für den Ref. ist die Ozaena eine „atrophische Schleimhautentzündung, eine wirkliche Sclerose".

Ob dieselbe von Anfang an atrophischer Natur sei, oder die Folge einer Hypertrophie, könne man nicht bestimmt behaupten, ebensowenig wie ihre ursprüngliche Entstehung bewiesen sei; es liege derselben eine allgemeine Schwäche des Organismus, hauptsächlich Scrophulose, zu Grunde. Ist die Ozaena ansteckend? Möglich, aber lange noch nicht bewiesen. Die Behandlung bestehe in Injectionen verschiedener Art und in Cauterisationen. Die einzig richtige Behandlung sei die cuprische Electrolyse, vornehmlich die bipoläre; sie sei einfach und keineswegs gefährlich, wenn man ein tadelloses Instrumentarium zu seiner Verfügung habe und nicht die elementarsten antiseptischen Maassregeln vernachlässige.

Delsaux bespricht ebenfalls die verschiedenen aufgestellten Theorien; am meisten befriedigt ihn die Wingrave'sche; es sei wahrscheinlich, dass der einfache chronische Catarrh der gewöhnliche Vorläufer der Rhinitis atrophica sei, aber er könne die Idee nicht zulassen, dass der Atrophie der die Nasenschleimhaut constituirenden Elemente immer eine momentane Hypertrophie der letzteren vorausgehe. Wenn er andererseits auch nicht die constante Anwesenheit der Löwenberg'schen Coccobacillen in den Secretionen der atrophischen Rhinitis leugnen könne, so habe doch die Inoculation des Coccobacillus bei keinem gesunden Individuum die Ozaena hervorbringen können. Letzterer sei daher nicht die exclusive Ursache der Krankheit. Die Ursache beruhe vielmehr auf Störungen desjenigen Nervensystems, welches der Secretion der Nasenschleimhautdrüsen vorstehe. Alle therapeutischen Maassregeln lassen sich auch auf diesbezügliche Reize auffassen. Die reinen alkalinischen Injectionen verdienen den Vorzug. Ueber die antidiphtheritischen Serumeinspritzungen nach Belfanti und della Vedova könne man sich noch nicht aussprechen. Die Versuche müssten zuerst in einer grösseren Anzahl gemacht werden.

Die Mannigfaltigkeit der Nasenschleimhautdivertikel erlaube augenblicklich nicht, eine Antispesis und Asepsis der Nasenhöhlen zu erzielen.

Eeman fragt, ob man bei der neuen electrolytischen Methode nebenbei noch Nasenausspülungen vornehmen lasse; so lange man ihm nicht eine Reihe Kranker, welche mit typischer Ozaena behaftet gewesen, vorstelle, befreit von dem charakteristischen Ozaenageruch, und zwar nach zum Mindesten monatelanger vollständiger, ja bis zu einem Jahr reichender Einstellung der Nasenausspülungen, könne er die Wirksamkeit der Electrolyse keineswegs zugestehen, ebensowenig wie die jeder anderen therapeutischen Maassregel; inzwischen nehme er an, dass Beobachtungsfehler und Illusionen vorliegen.

Capart hält an seinen Erklärungen vom vergangenen Jahr fest, erkennt jedoch an, dass die Pharynxschleimhaut von der intranasalen Electrolyse nicht beeinflusst werde. Die Besserung dürfe man nicht den Nasenausspritzungen zuschreiben; Cheval verlange dieselben gar nicht mehr von seinen Operirten.

Bayer resumirt seine anderwärts veröffentlichten Anschauungen und Er-

fahrungen über die Ozaena und deren interstitielle electrolytische Behandlung folgendermaassen:

Die Ozaena ist eine Trophoneurose, welche besteht 1) in einer Secretionsanomalie der Nasen- und Nasenrachenschleimhaut mit einem charakteristischen fötiden Geruch, hervorgerufen von einem der Ozaena eigenthümlichen Microben; 2) in einer Ernährungsstörung mit Atrophie der Schleimhaut; 3) einer anfangs meist hypertrophischen Rhinitis, hervorgerufen und unterhalten durch die Rolle eines Fremdkörpers spielende Producte.

Die beste, ja so zu sagen specifische Behandlung derOzaena ist die Electrolyse, jedoch nicht gefahrlos.

Capart möchte die üblen Zufälle, welche Bayer zu beklagen hat, technischen Fehlern, dem Galvanometer oder Rheostaten zuschreiben; ebenso Janquet.

Blondiau und Wagnier halten die Ozaena für unheilbar.

Goris und Delsaux konnten keinen grossen Erfolg mit der Electrolyse erzielen; höchstens mehr oder minder grosse Besserungen.

Schiffers bezweifelt die curative Wirkung der Electrolyse.

Nach Gouguenheim ist die Ozaena verschiedenen Ursprungs, die einen Fälle heilen, die andern nicht; er fragt nun Capart, welche Sorte mit der Electrolyse zu heilen sei?

Boland beantragt die Ernennung einer Commission, welche, gestützt auf neue Versuche, die obwaltenden Zweifel lösen solle; unterstützt von Eeman, desgleichen vom Vorsitzenden.

Rousseaux hat 40 electrolytische Sitzungen vorgenommen ohne irgend jeden üblen Zufall. Bayer habe vergessen anzugeben, wie lange Zeit er die Electrolyse habe einwirken lassen; 5 M.-A. während 30 Minuten übten eine grössere Wirkung aus als 10 M.-A. während 10 Minuten.

Bayer antwortet, dass er die Sitzungen 10, höchsteus 15 Minuten habe dauern lassen.

Mittheilungen.

Blondiau: „Reflexerscheinungen, bedingt durch gewisse pathologische Zustände der Nase". Mittheilung zweier derartiger Fälle mit theoretischen Betrachtungen, die nichts Neues bieten.

Blondiau: Einige Bemerkungen zur Transfiction der Muscheln: Der Redner bespricht diese galvanocaustische Methode, welche er auf der Klinik Ruault's in Paris hat ausführen sehen und die er seither in einer Reihe von Fällen mit Erfolg angewandt hat in Bezug auf ihre Indicationen, Ausführung und Complicationen etc.

Broeckaert: Ueber die acute lacunäre Amygdalitis: Dieselbe sei der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung, hervorgerufen durch das Eindringen von Streptokokken in den Organismus von den Mandeln aus, wie es bei der Streptokokkenangina der Fall ist und vielleicht auch der scarlatinösen Angina.

Broeckaert: Blasenziehende Wirkung einer Cocainapplication auf die äussere Haut, wozu Goris bemerkt, dass ihm ein ähnlicher reizender Effect auf der Pharynxschleimhaut eines Individuums durch Bepinseln mit einer Cocainlösung vorgekommen sei.

Gevaert bringt eine Statistik antidiphtheritischer Serotherapie; die neuesten Resultate, welche G. mit der Serotherapie erzielte, versöhnen ihn mit den Misserfolgen, welche er anfangs im Jahre 1894 auf 1895 zu verzeichnen hatte und welche er jetzt der Bösartigkeit der damaligen Epidemie zuschreibt.

Goris: Beziehungen zwischen Sinusiten und Allgemeinbefinden: G. hat in 3 Fällen von Maxillar- und in einem von Sphenoidalsinusitis schwere Beeinträchtigung des Gesammtzustandes gesehen, die nach Operation und Beseitigung der Sinusiten wieder vollständig verschwand. G. giebt einerseits der Infection mit eitrigen septischen Elementen vom Magen aus, andererseits der Resorption der in den Höhlen stagnirenden Stoffe die Schuld.

Noquet: Fall eines bindegewebsknorpeligen, teleangiectatischen Zellentumors der Nasenscheidewand: $1^1/_2$ cm vom Naseneingang sitzt bei einer 60jährigen Dame ein haselnussgrosser Tumor mit einem 3 mm langen und 4 mm breiten Stil der knorpeligen Nasenscheidewand, ca. $1^1/_2$ cm vom hinteren Naseneingangswinkel entfernt, auf. Derselbe hatte heftige Blutungen veranlasst und N. entfernte ihn mittelst des Galvanocauters. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Centrum der Geschwulst fibrocartilaginöses Gewebe, und zellenreiches an der Peripherie, mit Ausnahme der Implantationsstelle, welche ebenfalls aus fibrocartilaginösem Gewebe besteht; ausserordentliche Entwickelung und Reichthum von Blutgefässen, besonders im Bereiche des Zellengewebes, wo sie förmlich ein besonders aus Venen bestehendes cavernöses Gewebe bilden.

Bayer.

---

b) Sitzungsbericht der ungarischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Budapest.

22. October 1896.

v. Navratil demonstrirt vier von ihm operirte Fälle:

1. M. O., 5 Jahre altes Mädchen, wurde im Juli dieses Jahres auf die rhinolaryngologische Abtheilung aufgenommen. Patientin ist blutarm, doch ziemlich genährt; Athmung stenotisch, beiderseits diffuser Bronchialcatarrh. Nach einiger Einübung war eine maulbeergrosse und -ähnliche blassrothe Geschwulst sichtbar, welche unter dem rechten Stimmbande zu sitzen schien. Bei Hustenstössen sah man deutlich, dass die Geschwulst aus dem unteren Kehlkopfraume emporschnellte, um dann wieder in denselben zurückzusinken. Da die stenotischen Erscheinungen stetig zunahmen, musste die Tracheotomia inferior eiligst vorgenommen werden. Am 17. September, als sich die bronchitischen Erscheinungen rückbildeten und die Kranke an Kräften zunahm, machte Vortragender die Laryngofissur derart, dass er den Kehlkopf von der Incisura superior beginnend median mit einem Längsschnitte bis zur Cartilago cricoidea spaltete. Derselbe gewährte einen freien Einblick in das Kehlkopfinnere und gestattete die vollkommene Entfernung des aus drei Partien bestehenden maulbeergrossen Papilloms. Die Entfernung geschah theils mit Pincette und Scheere, theils wurde der Rest

mit einem scharfen Löffel ausgekratzt. Die Schildknorpel- und die oberflächliche Schnittwunde wurden sodann separat mit Silkwormnähten vereinigt. Die Wunde heilte per primam. Die Canüle entfernte Vortragender erst Ende October, als er sich überzeugte, dass kein Recidiv eingetreten war. Die Stimme wurde rein, aber nicht klangvoll. Es wurde den Eltern aufgetragen, bei merklicher Störung im Athmen oder in der Sprache sofort zu erscheinen.

Vortragender giebt an, dass er in diesem Falle von seiner Operationsmethode bei Kindern, bei denen er nach vorausgegangener Tracheotomie das Papillom vom Munde aus zu entfernen pflegt, deshalb Abstand genommen habe, weil der Tumor unterhalb der Stimmbänder in die Trachea ragte. Gestützt auf dieses günstige Resultat empfiehlt er in ähnlichen Fällen auf diese Weise vorzugehen, wodurch das Papillom rasch und gründlich ohne Gefährdung der Stimme und des Kranken entfernt werden kann.

2. J. V., Advocat im Alter von 50 Jahren. Patient wurde unter schweren Suffocationserscheinungen auf die Abtheilung aufgenommen. Die Exploration liess eine vom unteren Kehlkopfraume ausgehende und denselben beinahe völlig ausfüllende, blassrothe Geschwulst von glatter Oberfläche erkennen, welche gelegentlich des Exspiriums ein wenig emporschnellend sich in die Stimmritze einkeilte. Vortragender stellte die Diagnose auf einen auf breitem Stiele sitzenden Schleimhautpolypen und bewerkstelligte mit Rücksicht auf den bauschigen Bau des Kehlkopfes, ohne vorhergegangene Tracheotomie, mittelst Kehlkopfspaltung die Exstirpation desselben. Der Polyp — von Gestalt und Grösse einer Mandel — sass unter dem linken Stimmbande auf einem 12 mm breiten Stiele. Die Spaltung des Kehlkopfes vollführte Vortr. auf die oben angeführte Weise und hob den auf einem Spitzhäkchen aufgespiessten Polyp aus dem Kehlkopfraume empor, den Stiel mittelst des Galvanokauters ablösend. Gar keine Blutung. Schildknorpel und Weichtheile werden sofort und zwar mittelst Sondernaht vereinigt. Heilung per primam. Nach 6 Tagen verliess Pat. im Vollbesitze der Stimme geheilt das Spital. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte den Fall eines gewöhnlichen, aus Schleimhaut sich entwickelnden Polypen.

3. A. V., 35jährige Bäuerin, fand am 5. December 1895 mit Rhino-cheiloplasmoma (scleroma) Aufnahme, bei welcher Gelegenheit das die Oberlippe völlig verdeckende Sclerom mittelst Paquelins entfernt wird. Die Geschwulst der Nase erreichte die Grösse einer Kindsfaust. Gebessert verlässt Patientin im Februar des nächsten Jahres das Spital und bei ihrer Rückkehr im Mai wird der restant gebliebene Theil des Cheilo-plasmoms mit dem Messer abgetragen. Gleichzeitig bildete Vortr. durch Vereinigung der aus beiden Backen besorgten Lappen eine die nöthige Lippenröthe aufweisende neue Oberlippe. Die Operation gelang durchwegs; Heilung per primam. Die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung erhärtete die gestellte Diagnose.

In diesem Zustande demonstrirte Vortr. die Patientin, die schon einmal vor dem ersten operativen Eingriff Gegenstand einer Demonstration war. Da Patientin überhaupt auf operative Eingriffe günstig reagirt, ist Vortr. geneigt, bei ihr nach vorhergehender Exstirpation des Rhinoplasmoms und nöthiger Blosslegung des Sinus pyriformis eine Rhinoplastik mit Zuhilfenahme der Stirne zu bewerkstelligen.

4. M. M., 25jähriger Müller, wurde am 26. Januar 1896 neuerlich auf die Abtheilung aufgenommen, nachdem er schon im April 1894 und im October desselben Jahres in Behandlung gewesen ist. Pat. durchschnitt sich in selbstmörderischer Absicht den Kehlkopf und die linksseitige Vena jugularis. Der zu Hilfe gerufene Arzt setzte, nachdem er die Blutung gestillt hatte, in den klaffenden Kehlkopf eine Canüle ein. Die Wunde gerieth unter dem ständigen und inficirenden Einfluss des Schleims und der Luft in einen entzündlichen und ulcerösen Zustand. Nach Hinterlassung grosser Defecte und Narben heilte der ulceröse Process nach Monaten. In diesem Zustande, mit bedeutender Verengerung des Kehlkopfes, kam Pat. auf die Abtheilung. Vor Allem machte Vortr. behufs Entfernung der im Kehlkopfe sich befindenden Canüle eine Tracheotomia inferior und bestrebte sich den Kehlkopf zu schliessen, was jedoch der Narbenzerrung halber misslang. Aus diesem Grunde legte Vortr. beiderseits aus der nachbarlichen Haut des Halses je einen zur vollständigen Verdeckung des vorhandenen Kehlkopfdefectes dienenden grossen Hautlappen bloss und zwar so, dass jeder Lappen blos an seinem inneren Rande festsass, der äussere, untere und obere Rand jedoch freigelegt waren. Hierauf schlug Vortr. beide Lappen über ihren inneren Rand um und vereinigte zuerst die nun gegen den Kehlkopf gewendeten äusseren Ränder derselben. Dann wurden die unteren und schliesslich noch die oberen Lappenränder mit den blossgelegten Hauträndern des Kehlkopfdefectes zusammengenäht und zwar so, dass die mit ihren Epithelflächen nach innen gekehrten Lappen die vordere fehlende Kehlkopfwand bildeten. Die Lappen heilten theils per primam, theils mittelst Granulation. Oberhalb des linken Lappens blieb eine 1 cm lange Fistel zurück, welche Redner später plastisch verschloss. Jetzt trägt Pat. eine nach oben und unten offene Canüle, mit deren Hilfe er gut athmet und spricht. Die äussere Mündung der Canüle ist zugestopft. Dieser Canüle wird sich Pat. so lange bedienen, bis die frischgestaltete vordere Kehlkopfwand auf dem Wege der Vernarbung sich verhärten und ihrer Bestimmung entsprechend nicht einsinken wird, was um so mehr zu hoffen steht, als Pat. schon jetzt ohne Canüle bei Verschluss der Trachealöffnung - mittelst Fingers -- sich ruhig verhält und ungestört athmet.

Irsai demonstrirte ein seit 4 Jahren bei einem 22jährigen Mädchen bestehendes Rhinoplasmom, welches nussgross, ohne demarkirende Grenzen beide Nasenlöcher obturirte. Die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Primarius Ludvik operirte das Plasmoma derart, dass er mittelst eines über dem Septum geführten Längsschnittes beide Nasenflügel auseinandertrennte, die Geschwulst auf beiden Seiten theils mit dem scharfen Löffel, theils mit dem Messer entfernte und dann die Nasenflügel wieder vereinigte. Die Nahtlinie heilte per primam. Gegenwärtig ist die Nase, abgesehen von einer etwas blassrothen Färbung und mässigen Schwellung, beinahe normal zu nennen, nur beim Betasten fühlt man etwas derbere Consistenz. v. Navratil.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, April. 1897. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **W. H. Daly. Die Eröffnungsansprache des Vorsitzenden auf dem 18. Jahrescongress der Amerikanischen Gesellschaft für Laryngologie. (The president's address delivered before the American Laryngological Association at its eighteenth annual congress.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Juli 1896.*

Referirt im Congressberichte am Schluss dieser Nummer (S. 217).

LEFFERTS.

2) **Edward Law. Vorlesung für Aerzte über die Untersuchung von Hals und Nase. (Postgraduate lecture on the examination of the throat and nose.)** *Clinical Journal. 4. November 1896.*

Besprechung der verschiedenen Untersuchungsmethoden für Hals- und Nasenkrankheiten. Nichts Neues.

ADOLF BRONNER.

3) **A. J. Gillette. Schiefhals als Folge adenoider Vegetationen und chronischer Mandelschwellung. (Torticollis due to adenoid vegetations and chronic hypertrophy of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 1. August 1896.*

3 Krankengeschichten; bei 2 Fällen trat Besserung, in einem Heilung ein durch die Beseitigung vergrösserter Mandeln oder adenoider Wucherungen. G. führt die Wirksamkeit von Gelsemium bei Torticollis ebenso sehr auf dessen Einwirkung auf das entzündete Gewebe und die Beseitigung der entzündlichen Reizung, als auf die antispasmodische Wirkung des Mittels zurück.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **N. Lisenkow. Eiterungen an der Seite des Halses.** Chirurgische Gesellschaft zu Moskau. 6. Februar 1896. — *Wratsch. No. 34. 1896.*

Beschreibung eines Raumes zwischen den Mm. pterygoidei und Parotis einerseits und der Seitenwand des Pharynx andererseits, in welchem sich Eiterungen

nach Otitiden bilden sollen. Der Einschnitt in diesen Fällen hat am Unterkieferwinkel zu geschehen.

Djakow glaubt, dass Eiterungen in diesem Raum verhältnissmässig selten vorkämen.

P. HELLAT.

5) **Nodet** (Lyon). **Bericht über einen seltenen Fall von suprahyoidealem retrolingualem oder praeepiglottischem Abscess. (Note sur un cas rare d'abscès sus-hyoidien rétro-lingual ou anté-épiglottique.)** *Province médicale. 14. November 1896.*

Neben der Phlegmone oberhalb des Zungenbeins von infectiösem und acutem Typus (Angina Ludovici) kommen auch weniger stürmische Entzündungen dieser Gegend vor. Der von N. mitgetheilte Fall giebt dafür ein Beispiel. Es handelte sich um einen Abscess in dem lockeren Bindegewebe zwischen Zungenbasis und Epiglottis. Da Erstickungsanfälle auftraten, wurde eine tiefe Incision in der Regio suprahyoidea in der Mittellinie gemacht. N.'s Fall ist wahrscheinlich dem von Brousses und Brault publicirten (Revue de chirurgie. 1893. p. 98) analog.

PAUL RAUGÉ.

6) **H. Stark. Der Zusammenhang von einfachen chronischen und tuberculösen Halsdrüsenschwellungen mit cariösen Zähnen.** Aus der Heidelberger chirurg. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XVI. 1896.*

Da die bei der Caries wichtigen Mikroorganismen gewöhnlich in den Dentinröhrchen sitzen, so dringen sie leicht in die Pulpa ein oder übergeben ihre Toxine den Lymphbahnen zur Beförderung; diese Schädlichkeiten machen zuerst an den regionären Lymphdrüsen unter und hinter den Kieferästen Station. St. hat eine grosse Zahl Kinder daraufhin untersucht und rechnet 41 pCt. heraus, bei denen für die Halsdrüsenanschwellungen keine andere ätiologische Möglichkeit gefunden werden konnte ausser gleichzeitig bestehender Zahncaries. Das mittlere Alter der Kinder beträgt 8,33 Jahre. Zumeist sind diese Drüsen unschuldiger Natur und bilden sich mehr oder minder zurück.

Andere Male aber kann der Tuberkelbacillus einen Eingang durch die cariösen Zähne finden; für diese Entstehungsweise der Halsdrüsentuberkulose giebt St. 5 Fälle seiner eigenen Beobachtung.

A. ROSENBERG.

7) **Verchère. Behandlung der angeborenen serösen Cysten des Halses. (Traitement des kystes séreux congénitaux du cou.)** *Société de chirurgie. 18. November 1896.*

Bericht über eine Operation bei einem 1jährigen Kinde wegen einer fluctuirenden Geschwulst der rechten Submaxillargegend. Das Vorhandensein von 3 Fortsätzen, deren einer ins Mediastinum hinunter führte, hinderte die totale Entfernung des Tumors. Die geschaffene Tasche wurde einfach mit Jodoformgaze ausgestopft. Nach 3 Monaten war die Heilung vollständig.

Aus der sich anschliessenden Discussion erhellt, dass die Totalexstirpation bei den congenitalen Cysten des Halses stets den Vorzug verdient und, wo irgend möglich, ausgeführt werden muss. Auf die partielle Entfernung oder blosse Oeffnung des Sackes darf man sich nur dann beschränken, wenn die Ausdehnung der

Adhäsionen oder die Zahl der Fortsätze die völlige Entfernung der Geschwulst absolut unausführbar machen.

PAUL RAUGÉ.

8) **M. Moury. Fall von Halslymphomen. (Cas de lymphomes du cou.)** *La Clinique. No. 9. 1896.*

Beginn unter der Form eines kleinen Tumors in der Höhe der Unterkieferdrüse; nach und nach wurde die ganze Halsseite bis in die Regio supraclavicularis ergriffen. Exstirpation. Heilung.

BAYER.

9) **H. Hutchinson** junr. **Adeno-chondrom der Glandula submaxillaris. (Adeno-chondroma of the submaxillary gland.)** *British Medical Journal. 7. November 1896.*

Demonstration eines Präparats am 3. November 1896 vor der Pathological Society of London.

Nichts Besonderes.

SEMON.

10) **Evariste Lafforgue. Eine besondere Art des Anfangs von Parotitis. (Sur un mode particulier du début des oreillons.)** *Medecine moderne. 26. September 1896.*

Fünf Fälle, bei denen der Parotisanschwellung eine Entzündung der Submaxillardrüse voranging. Verf. glaubt, aus diesen Beobachtungen einen werthvollen Hinweis auf die beim Mumps noch nicht klargestellte Infectionspforte entnehmen zu können. Der Krankheitserreger, den man übrigens noch nicht sicher kennt, ist in diesen Fällen wahrscheinlich vom Mund oder Pharynx aus eingedrungen und die submaxillaren Lymphdrüsen bezeichnen seine erste Etappe, bevor er noch die Parotis erreicht hat. In L.'s 5 Fällen war die Krankheit viel schwerer, die Infectionssymptome sehr viel ausgesprochener, als in Fällen ohne Drüsenschwellung.

PAUL RAUGÉ.

11) **W. Ramsay Smith. Abscess der Ohrspeicheldrüse. (Abscess of the parotid gland.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1896.*

Verf. bespricht einen Fall von Appendicitis mit grossem pericoecalem Abscess, in dem eine complicirende Eiterung in beiden Parotiden eintrat; der Fall endete letal.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

12) **Nové Josserand** (Lyon). **Behandlung von Fisteln der Speicheldrüsen mit Cocainpinselungen. (Traitement des fistules salivaires glandulaires par les badigeonnages de cocaine.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 21. Oct. 1896.*

Ein Fall von Parotis-Fistel traumatischen Ursprungs, der Cauterisationen mit Argentum nitricum und Chlorzink widerstanden hatte und durch einige Pinselungen der Haut mit Cocain $^{1}/_{20}$ zur Heilung kam. Der Autor versteht diesen Erfolg übrigens selbst nicht zu erklären und fragt sich, ob die Heilung nicht spontan eintrat. Wir sind ganz dieser Meinung, um so mehr, als ein solcher Ausgang ja fast die Regel bildet, wenn die Speichelfistel nicht aus dem Ausführungsgang, sondern aus dem Drüsengewebe selbst herrührt.

PAUL RAUGÉ.

13) **Mermet. Cystisches Adenom der Parotis. (Adénome kystique de la parotide.)** *Société anatomique de Paris. 13. November 1896.*

Fluctuirende Geschwulst der rechten Ohrspeicheldrüse bei einem 24jährigen Mädchen. Exstirpation des Tumors und histologische Untersuchung. Es handelte sich um ein cystisches Adenom oder tuberkulöses Epitheliom. PAUL RAUGÉ.

14) **Vallas** und **Siraud** (Lyon). **Primäres Epitheliom der Parotis vorn in der Verlängerung der Drüse entwickelt und ein periostales Sarcom des Kiefers vortäuschend. Exstirpation. Histologische Untersuchung. (Epithélioma primitif de la parotide développé dans le prolongement antérieur de la glande et simulant un sarcome périostique du maxillaire. Ablation. Examen histologique.)** *Province médicale. 7. November 1896.*

Von Interesse an dem vorliegenden Falle ist klinisch die sehr langsame Entwicklung der Neubildung ohne Drüsenschwellung, ohne vasculäre Adhäsionen, unter dem Bilde einer benignen Geschwulst; histologisch ging neben einander her eine Bindegewebshyperplasie und eine Proliferation des Drüsenepithels, das theils cylindrische Zapfen, theils mehr oder weniger zusammenhängende Flächen bildete. Der ausführlich beschriebene Fall muss den seltenen Beobachtungen von primärem Epitheliom der Parotis zugerechnet werden. PAUL RAUGÉ.

15) **H. D. Rolleston. Mediastinalgeschwulst ausgehend von der Thymusdrüse. (Mediastinal tumour arising from the thymus.)** *British Medical Journal. 5. December 1896.*

Am 1. December 1896 zeigte R. der Londoner pathologischen Gesellschaft die Präparate von dem Fall eines 6jährigen Knaben, der 3 Wochen vor seinem Tode an Husten und Stridor zu leiden anfing, während die physikalischen Symptome sich auf Dämpfung über dem Sternum beschränkten. Ein Mediastinaltumor wurde diagnosticirt. Bei der Autopsie fand sich eine grosse Geschwulst in der Gegend der Thymusdrüse, welche die Vagi comprimirte, ohne aber die Nachbarschaft befallen zu haben. Auch keine metastatischen Ablagerungen waren vorhanden. Histologisch stellte sich die Geschwulst als eine Hyperplasie der Thymusdrüse heraus.

Der Präsident (Mr. Butlin), der den Fall während des Lebens gesehen hatte, hatte die Diagnose Lymphadenom oder Lymphosarcom gestellt. Er gedachte des Rehn'schen Falles, in welchem der genannte Chirurg partielle Entfernung einer vergrösserten Thymusdrüse vorgenommen hatte. Er selbst hatte in dem Rolleston'schen Falle Tracheotomie vorgeschlagen. SEMON.

16) **H. Bellamy Gardner. Zwei Fälle von Obstruction der Luftwege, in welchen ein Anaestheticum nothwendig wurde. (Two cases of obstructed air passages requiring an anaesthetic.)** *British Med. Journal. 12. December 1896.*

Während über die Discussion, die über diesen Vortrag am 19. Nov. 1896 in der „Society of Anaesthetists“ stattfand, ein ziemlich ausführlicher Bericht gegeben wird, ist über den Inhalt des Vortrags selbst nichts gesagt.

Aus der Discussion selbst ist nur hervorzuheben, dass Dr. Silk erklärte,

dass in Fällen von Obstruction der Luftwege, in welchen die Tracheotomie und der Gebrauch der Hahn'schen Canüle nicht wünschenswerth sei, er mittelst einer Alkohol-Chloroform-Aether-Mischung tief anästhesiren und die Narkose mittelst einer durch die Nase geführten Röhre aufrecht erhalten würde. SEMON.

17) **A. Cooledge** jr. **Die Blutstillung bei gewissen Operationen in Nase und Hals. (The control of haemorrhage in some operations in the nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 12. September 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (diese Nummer S. 226). LEFFERTS.

18) **Zwillinger** (Budapest). **Ueber die Senator'sche Krankheit. (A Senator-féle betegségről.)** Vortrag, gehalten im Budapester ärztlichen Club. — *Gyógyászat. 1895. No. 1.*

Zwillinger theilt einen hierher gehörigen Fall mit, in dem durch den Obductionsbefund die Diagnose bestätigt wurde. An der sich anschliessenden Discussion betheiligte sich unter Anderen auch Rácosi, der ebenfalls aus eigener Praxis eine ähnliche Beobachtung mittheilte. v. NAVRATIL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **G. Killian. Ueber Rhinoskopia media.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 33. 1896.*

Mit diesem Namen bezeichnet K. eine Untersuchungsmethode, welche die Bestimmung hat, gewisse Spalträume im Naseninneren sichtbar zu machen, zu deren Besichtigung die Rhinosk. ant. und post. nicht ausreichen. K. benutzt dazu das verlängerte Kramer-Hartmann'sche Nasenspeculum, dessen Branchen nach vorheriger Cocainisirung der Theile zwischen mittlerer Muschel und Scheidewand, also in die Rima olfactoria und zwischen mittlerer und unterer Muschel eingeführt werden. Man übersieht dadurch die ganze Rima mit der Keilbeinmündung, ferner den Hiatus, den Eingang zur Stirnhöhle und den mittleren Siebbeinzellen, wodurch die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen und Sondirung derselben wesentlich erleichtert wird. SCHECH.

20) **Bergeat. Ueber die Sichtbarkeit der oberen Nasenmuschel (Concha ethmoidalis media) in nichtatrophischen Nasenhöhlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1896.*

Mittheilung mehrerer (11) Befunde an anatomischen Präparaten, bei welchen die obere Muschel mehr oder weniger weit gegen die Scheidewand vorragte; besonders häufig war dies der Fall an französischen Schädeln. Am lebenden Menschen beobachtete B. dreimal eine Hervorwölbung der oberen Muschel theils in Form eines rundlichen bohnengrossen oder länglichen schmalen Wulstes, theils in Form einer gradlinigen parallelen Leiste; einmal bestand ferner Zweitheilung der mittleren Muschel. SCHECH.

21) **Wodon. Acne hypertrophica oder Pfundnase. Heilung ohne Recidive. (Acne hypertrophique ou nez d'une livre. Guérison sans récidive.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1896.*

Die hypertrophischen Acneauswüchse wurden mit dem Messer abgetragen und die blutenden Wundflächen mit dem Thermokauter kauterisirt mit gutem Erfolg.

BAYER.

22) **González Zánago** (Madrid). **Ein Fall von Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi. (Un caso de foliculitis exulcerans serpiginosa nasi.)** *Revista clinica. 1896.*

In dem mitgetheilten Falle war eine syphilitische oder tuberkulöse Ursache ausgeschlossen. Die Ulcerationen erstreckten sich von dem Nasenflügel und der Nasenspitze bis zum vorderen Ende der Nasenscheidewand. Die anfängliche Behandlung mit Sublimatwaschungen und Calomelpulver blieb erfolglos, schliesslich brachte Pyrogallussäure in Salbenform und Zinkoxyd, in der nämlichen Form applicirt, die Geschwüre zur Vernarbung.

R. BOTEY.

23) **A. H. Ohmann-Dusmenil. Das pustulöse krustenbildende Syphilid der Nase. (The pustulo-crustaceous syphilide of the end of the nose.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. October 1896.*

Mehr von syphilidologischem als rhinologischem Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Goris. Der Radicaleingriff bei Lupus der Nase und des Ohres. Vorstellung von 4 Operirten. (De l'intervention radicale dans les cas de lupus du nez et de l'oreille. Présentation de 4 opérés.)** *Rev. internat. de rhinol., otol. et laryngol. No. 3. März 1896.*

Für Lupusfälle, bei denen noch nicht zu grosse Oberflächen ergriffen sind, empfiehlt Verf. die totale Exstirpation, mag derselben die Autoplastik folgen oder nicht.

E. J. MOURE.

25) **G. H. Monks. Eine plastische Operation an der Nase nach der Methode Tagliacozzi's. (A plastic operation on the nose by Tagliacozzi's method.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 25. Juni 1896.*

Die Deformirung der Nase war bei der Patientin, einer jungen Frau, durch Syphilis zu Stande gekommen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **E. A. Pease. Eine neue Methode der Herstellung einer eingesunkenen Nase durch Einführung einer Platte; illustrirt durch eine Krankengeschichte. (A case illustrating a new method of introducing a plate for restoring a depressed nose.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 23. Juli 1896.*

Von chirurgischem Interesse. Beschreibung der Operation.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

27) **R. R. Woods. Eine Modification der indischen Methode der Rhinoplastik. (Modified Indian operation for restoration of the nose,)** *Dublin Med. Journ. September 1896.*

Die Lappen zur Deckung des nasalen Defectes wurden von der Stirn her-

untergeschlagen, die Wundfläche an der Stirn wird aber nicht vernäht, sondern durch Transplantation vom Arm her gedeckt.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

28) **F. L. Forker. Plastische Operation wegen Missgestaltung der Nase durch Syphilis; mit Abbildung. (Plastic operation for malformation of the nose caused by syphilis with illustration.)** *N. Y. Med. Record. 14. Novemb. 1896.*

Vorstellung des Falles, in dem ein schönes plastisches Resultat erzielt ist.

LEFFERTS.

29) **Israel. Neue Methode der Rhinoplastik aus dem Vorderarm.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage 30.*

Chirurgischen Inhalts.

LANDGRAF.

30) **Israel** (Berlin). **Zwei neue Methoden der Rhinoplastik.** *Archiv f. klinische Chirurgie. 53. Bd. 2. Heft. 1896.*

In dem einen Falle, bei welchem die Entnahme des Hautknochenlappens aus der Stirn unmöglich war, weil schon früher eine Plastik aus der Stirn (mit ungünstigem Resultat) gemacht war, sägte J. eine Knochenspange aus der Tibia aus und implantirte dieselbe an der Stelle des gespaltenen Sattels. Gutes Resultat. In einem zweiten Falle bildete er einen Hautknochenlappen aus Vorderarmhaut und Ulna und verpflanzte denselben in verschiedenen Sitzungen an die Stelle der Nase. Ebenfalls günstiger Erfolg.

SEIFERT.

31) **Carl Seiler. Die Prophylaxe des Nasencatarrhs. (The prophylaxis of nasal catarrh.)** *N. Y. Med. Journal. 18. Juli 1896.*

In einem auf dem 18. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrag betont S., dass jeder acute Nasencatarrh zu pathologischen Veränderungen in der Nasenschleimhaut Anlass giebt und jedes Recidiv oder jede Exacerbation des Schnupfens diese Veränderungen steigert. Die oberste und erste prophylaktische Maassnahme ist Reinlichkeit. Die Nase ist ebenso, wie der übrige Körper, rein zu halten. So wird Anhäufung, Eintrocknung und Zersetzung des nasalen Secretes verhütet. Man lehre das Kind, dessen Organismus besonders infectionsempfänglich ist, so früh als möglich, eine warme salinische oder alkalische Lösung mit oder ohne Zusatz von Antisepticis in die Nase aufzuschnupfen aus der hohlen Hand oder einem Glase oder einer Tasse. Dies wird 3 oder 4 mal Abends und Morgens gemacht. Douchen, Zerstäuber oder sonst ein künstlicher Apparat sollen diese einfache natürliche Methode der Nasenreinigung nicht ersetzen. Die Lösung darf weder ihrer Temperatur, noch ihrer chemischen Zusammensetzung nach einen Reiz auf die Schleimhaut ausüben.

Ebenso wichtig, wie die Nasenreinigung, ist die Sorge für zweckmässige Ernährung und Kleidung des Kindes; die letztere soll besonders Ueberwärmung von Hals und Armen verhüten. Ferner Abhärtung durch kalte Abwaschungen Morgens und Abends, damit nicht die geringste Kälteeinwirkung einen Schnupfen herbeiführt.

LEFFERTS.

32) **W. Peyre Porcher. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis; mit einer Krankengeschichte. (The treatment of atrophic rhinitis; with a case.)** *N. Y. Med. Journal. 29. August 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 219). LEFFERTS.

33) **Moreau R. Brown. Die Beziehung acuter Erkrankungen der Nase und des Halses zu Störungen der Digestion. (The relation of acute diseases of the nose and throat to disorders of digestion.)** *N. Y. Med. Journal. 29. August 1896.*

34) **Thomas R. French. Die Beziehung chronischer Erkrankungen der Nase und des Halses zu Störungen der Digestion. (The relation of chronic diseases of the nose and throat to disorders of digestion.)** *N. Y. Medical Journal. 12. September 1896.*

Vorträge, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referate im Verhandlungsbericht (S. 223). LEFFERTS.

35) **Wm. Lincoln. Abscess der Nasenscheidewand; mit 2 Krankengeschichten. (Abscess of the nasal septum with a report of 2 cases.)** *Cleveland Medical Gazette. April 1896.*

Verf. glaubt, dass diese Abscesse oft Folge einer Infection mit eitererregenden Mikroorganismen sind, die beim Hineinfassen in die Nase direct in die Gewebe eingepflanzt werden. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **Clarence C. Rice. Auf welche Weise können Ulcerationen der Nasenscheidewand nach Operationen und bei atrophischer Rhinitis so zur Heilung gebracht werden, dass eine glatte und feuchte Schleimhautfläche gesichert ist? (In what manner can ulcerations of the nasal septum following operation and in atrophic rhinitis be healed to secure an even and moist surface?)** *Medical News. 8. Februar 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Ulcerationen am Nasenseptum, die durch operative Eingriffe verschuldet sind, kommen schnell und mit ebener feuchter Narbe zur Heilung, entsprechend dem im einzelnen Falle vorhandenen Grade von allgemeiner Gesundheit und Heilkraft der Nasenschleimhaut; sehr viel besser bei hypertrophischen, als bei atrophischen Zuständen.

2. Ulcerationen, die durch den Galvanokauter entstanden sind, heilen nicht so gut, wie die durch Excision verursachten.

3. Bei sonst gesunden Nasen sollen nur leichte und spärliche antiseptische Irrigationen der operativ gesetzten Ulcerationen stattfinden, bis der Geschwürsgrund in einer Ebene steht mit dem umgebenden Gewebe. Dann soll die Fläche mit einem geeigneten antiseptischen Stimulans, etwa mit Borolyptol oder Listerin, forcirt abgerieben werden, bis die Narbenfläche glatt und feucht ist.

4. Dieselbe Frictionsbehandlung ist gegenüber den multiplen kleinen Ulcerationen bei atrophischer Rhinitis anzuwenden; man verhütet dadurch gleichzeitig die Anhäufung eintrocknender Secretmassen.

5. Aeusserste Reizbarkeit der Nasenwege, wie sie sich durch Niesskrämpfe, häufigen spasmodischen Verschluss einer oder beider Nasenseiten, abundante Transsudation wässeriger Flüssigkeiten u. s. w. kundgiebt, wird oft durch Reiben des Septum und der vorderen Muschelpartien in der geschilderten Weise geheilt.

LEFFERTS.

37) **Gouguenheim** (Paris). **Die Traumen der Nasenscheidewand. (Les traumatismes de la cloison nasale.)** *Semaine médicale. 16. September 1896.*

Eine klinische Vorlesung aus dem Hôpital Lariboisière über das klassische Thema der Luxationen des Nasenscheidewandknorpels. Dieselben wurden von Daniel Mollière beschrieben und von Chevallet in seiner These (1889) eingehend behandelt. Was die Behandlung anlangt, so will Verf. äussere unbewegliche Apparate mit intranasalen Stützen combiniren, um so sicherer das Ausweichen des Septums zu vermeiden. Die flüssigen Tumoren und besonders die Abscesse, welche häufig die Fracturen des Septums compliciren, müssen breit gespalten, entleert und gründlich mit Borlösung ausgewaschen werden.

PAUL RAUGÉ.

38) **Pollak. Ueber Perichondritis septi narium serosa.** *Mon. f. Ohrenh. No. 7. 1896.*

P. berichtet auf dem I. Oesterr. Otologentag über einen solchen Fall bei einem 53jährigen robusten Manne, bei dem nach der Heilung eine Einsenkung des Nasenrückens zustande kam. Pollak wendet sich gegen die Anschauung von Jurasz und stimmt Velpeau zu, der meint, es handle sich um Cystenbildung der Nasenscheidewand. Pollak glaubt, dass es sich bei der Perichondritis serosa sowohl, wie beim Hämatom und der Perichondritis idiopathica nur um eine primäre Erkrankung der Cartil. quadrangularis handle, um Degeneration des Knorpels, Erweichung und Spaltbildung, Bildung von Höhlen mit sulzigem, homogenem Inhalt, Gefässwucherung und -Neubildung. Je nach der Art der auf einen solchen degenerirten Knorpel einwirkenden Schädlichkeit liessen sich auch die verschiedenen Formen der Nasenscheidewandgeschwülste erklären: das Hämatom durch ein Trauma, die idiopathische Perichondritis durch Einwanderung pyogener Mikroorganismen, die Perichondritis serosa durch Durchbruch der mit Serum gefüllten Höhlen gegen die Perichondrien. Auf diese Weise wäre auch die Doppelseitigkeit der Erkrankung erklärlich.

SCHECH.

39) **Kiesel** (Königsberg). **Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Nasenscheidewand.** Dissert. Königsberg. 1896.

1. Fall. 16jähriges Mädchen mit polypoid gestalteter Schleimhauthypertrophie zu beiden Seiten des Septums an dessen vorderer Hälfte. 2. Fall. 8jähr. Mädchen mit von der Vereinigungsstelle des knorpeligen und knöchernen Septums ausgehendem bohnengrossen Tumor, der bei der histologischen Untersuchung sich als ein Fibrom erwies (der vierte bisher beobachtete Fall). Der Tumor in dem ersten Falle zeigte geschichtetes Flimmerepithel, der im zweiten Falle geschichtetes Pflasterepithel als Ueberzug.

SEIFERT.

40) **Cohn** (Königsberg). **Ueber Sarcome der Nasenscheidewand.** Dissert. Königsberg. 1896.

Der erste Fall ist das von Olschewsky (s. Jahrg. XII. p. 324) mitgetheilte melanotische Sarcom, das nach Jahresfrist ein Recidiv machte. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Fibroangiosarcom, das vom mittleren Nasengange seinen Ursprung nahm und durch Spaltung der Nase entfernt wurde. In Fall 3 Ausgangspunkt des Rundzellen-(?)Sarcoms von den vorderen Siebbeinzellen, Radicaloperation. In Fall 4 Sarcom, vom knöchernen Septum ausgehend. Die bösartigen Tumoren des Septums bieten eine bessere Prognose, als die Siebbeinsarcome, bezüglich der radicalen Heilung. SEIFERT.

41) **B. F. R. Clark. Spinen der Nasenscheidewand. (Spurs of the nasal septum.)** *Codex Medicus. August 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

42) **John O. Roe. Zur Aetiologie der Verbiegungen, Spinen und Cristae der Nasenscheidewand. (Aetiology of deviations spurs and ridges of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 10. October 1896.*

43) **Arthur W. Watson. Die Operation bei Verbiegung der Nasenscheidewand. (The operation for deviation of the nasal septum)** *N. Y. Medical Journal. 3. October 1896.*

Beides Abdrücke auf dem 18. Congress der American Laryngological Association gehaltener Vorträge, über die im Congressbericht am Schluss dieser Nummer referirt ist (S. 218). LEFFERTS.

44) **Moure. Pathogenese und Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand bei kleinen Kindern. (Pathogénie et traitement des déviations et éperons de la cloison du nez chez les jeunes enfants.)** Congrès de la Nouvelle-Orleans 1896. — *Journal de med. de Bordeaux. No. 42. 18. October 1896.*

Das Trauma spielt eine grosse Rolle. Mit Rücksicht auf die Entwicklung, die der Unterkiefer und das Nasengerüst um die Zeit der zweiten Dentition nehmen, ist es vorzuziehen, auf eine palliative Behandlung sich zu beschränken (Anlegen eines Redresseurs, leichte Cauterisation der Schleimhaut, um die Nase durchgängig zu erhalten). Die Abtragung von Spinen etc. soll nicht vor dem 12. Jahre gemacht werden. E. J. MOURE.

45) **V. H. Hulen. Die Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen. (The cure of deviations of the nasal septum.)** *Texas Med. Journ. October 1896.*

Verf. empfiehlt die Asch'sche Operation.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

46) **Joseph S. Gibbs. Eine Nadel für die Nasenscheidewand. (A septal pin.)** *Philadelphia Polyclinic. 18. April 1896.*

Die Nadel ist aus einem Stück Metall gearbeitet, rund und glatt, an einem Ende verdickt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **Charles H. Knight. Die Folgen der Syphilis in der Nase und ihre Behandlung. (The sequelae of syphilis and their treatment Nasal sequelae.)** *N. Y. Med. Journal. 19. September 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 228). LEFFERTS.

48) **Mendel. Schleimpolypen der Nasenhöhle. (Polypes muqueux des fosses nasales.)** *Médecine moderne. 10. Juni 1896.*

Klinische Vorlesung; nichts Neues. A. CARTAZ.

49) **F. Rueda** (Madrid). **Recidiv der Nasen-Schleimpolypen. (Recidiva de los polipos mucosos nasales.)** *Revista de Med. y Cir. pract. No. 491. 1896.*

Um einem Wiederentstehen der Polypen vorzubeugen, empfiehlt R., bei der Behandlung derselben sorgfältig die ganze Oberfläche der Schleimhaut, die Nebenhöhlen der Nase und auch den Allgemeinzustand des Kranken in Betracht zu ziehen. Die Ueberwachung der erkrankten Gegend müsse sich mindestens auf ein Jahr erstrecken; auch empfiehlt es sich, alle zwei Monate die Nasenhöhlen des Pat. zu untersuchen und alle verdächtigen Stellen zu zerstören. R. BOTEY.

50) **D'Aguanno. Papillom der inneren Oberfläche der Pinna nasalis. (Papilloma della faccia interna della pinna nasale.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 1.*

Beschreibung eines Falles von Papillom bei einem 13jährigen, zugleich an Ozaena leidenden Mädchen. Die Geschwulst war sehr hart und musste mit dem Messer exstirpirt werden. — Nach Verf.'s Meinung ist Ozaena keine besonders prädisponirende Ursache für Nasenpapillome. TOTI.

51) **Mierendorff** (Stralsund). **Ueber die Osteome der Nasenhöhle.** Dissertation. Greifswald. 1895.

Bei einer 52jährigen Frau wurde durch Spaltung der Nase ein haselnussgrosses Osteom entfernt, das von einem tiefer gelegenen, an die Form einer gepressten Feige erinnernden Tumor sich abhob, der schliesslich nach Durchmeisselung des Nasenbeins ebenfalls entfernt werden konnte. Es handelte sich offenbar um ein Siebbeinosteom. SEIFERT.

52) **Acerbi. Endotheliom der Nasenhöhle. (Endotelioma delle fosse nasali.)** *Arch. ital. di Laring. 1896. No. 3.*

Zwei Tage nachdem Pof. Massei aus der linken Nasenhöhle eines 20jähr. Mädchens käsige Massen entfernt und die Diagnose Rhinitis caseosa (s. das betreffende Referat) gestellt hatte, brachte die Patientin selbst eine grosse solide Masse, die aus derselben Nasenhöhle spontan ausgestossen war. Diese Geschwulst wurde von Massei dem Verf. zur histologischen Untersuchung gegeben und dieser fand, dass es sich merkwürdigerweise um ein Endotheliom handelte! Wo diese Geschwulst sich eigentlich abgestossen hatte, ist A. nicht im Stande, anzugeben. Sie war frei in der Nasenhöhle von einer käsigen Masse umgeben. Die spontane Ausstossung wird auf folgende Weise erklärt: „Ich glaube, dass die Rhinitis caseosa, indem sie die peripherischen Theile der Geschwulst erreichte

und zerstörte, diese aus ihren Verbindungen mit den anderen Geweben losgelöst hat.“ Aus dieser Aeusserung scheint hervorzugehen, dass nach A.'s Meinung zwischen der Rhinitis caseosa und dem Endotheliom eine bloss zufällige Coëxistenzbeziehung bestand. Der betreffende Fall wäre also ein doppeltes rhinologisches Wunder, indem er die beiden seltensten und dunkelsten Nasenleiden gleichzeitig und unabhängig darböte. (Referent kann nicht umhin, trotz der grossen Autorität Massei's seinem Zweifel Ausdruck zu geben, ob es sich nicht einfach um die Ausstossung eines gewöhnlichen nekrotischen Polyps gehandelt habe.)

TOTI.

53) **Vymola. Ein Fall von Rhinosclerom.** Verein böhmischer Aerzte in Prag. — *Wiener klin. Rundschau. No. 31. 1896.*

Verf. demonstrirt einen Fall von Rhinosklerom, den er als Recidive post operationem mit Rhinosklerin behandelte. Er begann mit der Dosis von 1 ccm und injicirte dem Patienten im ganzen $73^1/_3$ ccm Rhinosklerin. Keine Temperatursteigerungen, die Infiltration schwand, die Nasenathmung wurde freier.

CHIARI.

54) **J. E. Boylan. Spindelzellensarcom der Nasenwege. (Spindle-celled sarcoma of the nasal passage)** *N. Y. Med. Journal. 11. Juli 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association. Referat im Congressbericht S. 222. LEFFERTS.

55) **Arthur A. Bliss. Bemerkungen zu zwei Fällen von Sarcom der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Some notes on two cases of sarcoma of the nasal chambers and accessory sinuses.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Juli 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association. Referat im Congressbericht S. 231. LEFFERTS.

56) **W. Scheppegrell. Ein tödtlicher Fall von Sarcom der Nase. (A fatal case of sarcoma of the nose.)** *The Laryngoscope. August 1896.*

Die Beobachtung betrifft einen 56jährigen Mann.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

57) **Chas M. Shields. Fibrome im Nasenrachenraum. (Nasopharyngeal fibromata.)** *N. Y. Med. Journal. 12. September 1896.*

58) **E. Fletcher Ingals. Ein fibroider Tumor im Nasenrachenraum. (A nasopharyngeal fibroid tumor.)** *N. Y. Med. Journal. 19. September 1896.*

Vorträge, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association. Referat im Verhandlungsbericht S. 222. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

59) **Ino W. Farlow. Ein Fall von Myxoedem des Rachens. (A case of myxoedema of the throat.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Der Fall, über den Verf. auf dem 18. Congress der American Laryngological

Association berichtete, betrifft eine 46jährige Frau. Der äussere Anblick der Nase bot nichts Abnormes. Die Zunge, die geschwollen war, wurde etwas vorgestreckt. Der weiche Gaumen, das Zäpfchen und die hinteren Gaumenbögen waren stark geschwollen, gespannt und rigide, aber glatt, symmetrisch, auf beiden Seiten gleich stark afficirt. Die Farbe war etwas blass, nirgends eine Ulceration. In derselben Verfassung war die hintere Rachenwand, mit Ausnahme der Mittellinie, und auch hinter dem weichem Gaumen in den Postnasalraum zogen sich zwei infiltrirte Streifen herauf. Die Schwellung reichte nicht weit auf die Epiglottis herunter. Im Kehlkopf selbst war nichts Abnormes zu sehen. Die Schilddrüse war nicht zu fühlen. Ueber dem ganzen Herzen ein ausgesprochenes systolisches Geräusch, am stärksten über der Spitze. 108 Pulse.

Die starke Schwellung der Uvula und des weichen Gaumens bei gleichzeitiger Vorwölbung der hinteren Rachenwand behinderte die Nasenathmung und wurde dadurch sehr lästig. Die Schwellung der Zunge und die Rigidität des Gaumensegels machten die Sprache langsam und undeutlich; der Ton hatte infolge des Verschlusses der Nasenhöhle einen todten Klang.

Beim Punktiren des geschwollenen Gewebes trat kein Serum hervor; das Oedem war augenscheinlich kein seröses. Es fehlte die knotige Infiltration einer Neubildung und auch jede Ulceration. Die Untersuchung eines durch Probeexcision aus dem Rachen entnommenen Stückchens ergab eine ungewöhnliche Masse von Schleimhant, sonst nichts Abnormes.

Unter Schilddrüsenbehandlung hat sich der Pat. vielleicht ein wenig gebessert; der Hals aber sieht noch ebenso aus wie vor zwei Jahren.

LEFFERTS.

60) **H. L. Swain. Bemerkungen über acute Erkrankung der Zungentonsille. (Some remarks on acute disease of the lingual tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Juli 1896.*

Abdruck eines auf dem 18. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrages. Referat im Congressbericht S. 230. LEFFERTS.

61) **Thomas Hubbard. Epitheliom des weichen Gaumens beseitigt durch Injectionen von Liquor kali causticus. (Epithelioma of the soft palate removed by injections of liquor potassae.)** *N. Y. Med. Journal. 12. September 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 231). LEFFERTS.

62) **E. H. Griffin. Zwei Fälle von Lagerung einer erweiterten Art. pharyngea ascendens an der hinteren Rachenwand. (Two cases of an enlarged ascending pharyngeal artery situated on the posterior wall of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 15. August 1896.*

Verf. hat in 14jähriger ausgedehnter Krankenhauspraxis (Bellevue Hospital Throat Clinic) nur zwei Fälle dieser Abnormität gesehen. Alle bisher mitgetheilten Fälle betreffen weibliche Individuen. LEFFERTS.

63) **William Porter. Primäres Erysipel des Rachens (Primary erysipelas of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 15. August 1896.*

Die Arbeit ist ein Abdruck des von P. auf dem 18. Congress des American Laryngological Association gehaltenen Vortrages. Verf. hat in derselben Gesellschaft 1890 zwei Fälle von primärem Kehlkopferysipel mitgetheilt (Archives of Laryngology Bd. I, No. 4). Er kommt auf diese kurz zurück und fügt ihnen einen Fall von Erysipel des Nasopharynx an, den er kürzlich beobachtet hat. Diese drei Fälle im Verein mit einigen weniger gesicherten Beobachtungen anderer Autoren geben dem Verf. die Ueberzeugung, dass die acute Laryngitis oder Pharyngitis in manchen Fällen erysipelatöser Natur ist. Klinisch und bacteriologisch erscheint dieser Schluss begründet. Folgt eine äussere Manifestation des Erysipels, so ist die Diagnose leicht. Glücklicherweise aber — d. h. für den Patienten glücklicherweise, für die Classification des Krankheitsfalles unglücklicherweise — ist dies nicht immer der Fall.

LEFFERTS.

64) **R. Boyd Miller. Primäres Erysipel des Rachens. (Primary erysipelas of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 5. September 1896.*

Krankengeschichte eines Falles.

LEFFERTS.

65) **H. Stillson. Acute infectiöse Phlegmone des Rachens; mit einer Krankengeschichte. (Acute infectious phlegmon of the pharynx, with report of case.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

Bei einem 7jährigen Knaben traten 11 Tage nach der Impfung leichte Halsschmerzen mit geringen Allgemeinerscheinungen auf. 8 Tage später starb das Kind, nachdem starke Schwellung im Halse, Heiserkeit und Dyspnoe, zuletzt Delirien, tetanische Krämpfe und Opisthotonus sich eingestellt hatten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

66) **Redact. Notiz. Zur Behandlung chronischer Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 7. November 1896.*

Rp. Natrii (Sodii) 0,36
Kalii jodat. 0,72
Menthol.
Glycerin. ana q. s. ad 3,75.
M. D. S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

67) **Redact. Mittheilung. Zum Halspinseln bei Pharyngitis sicca. (A liniment for the throat in pharyngitis sicca.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1896.*

Rp. Glycerin. 27,0
Acid. carbol. 0,24
Tct. Aloes 0,48
Tct. Jodi 0,27
Vin. opiat. gtt. X.

LEFFERTS.

68) **L. S. Somers. Die Anwendung von Menthol bei Pharyngitis. (The use of menthol in pharyngitis.)** *The Laryngoscope. August 1896.*

Verf. hält Menthol für das beste Reizmittel bei atrophischen Processen im Halse und rühmt auch seine anästhetischen und analgetischen Eigenschaften.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

69) **Gevaert. Die Pharynxmykosen. (Les mycoses du pharynx.)** *La Belgique Méd. No. 45. 1896.*

Besprechung der Pharynxmykosen und Mittheilung von zwei einschlägigen Fällen.

BAYER.

70) **A. Brown Kelly. Mycosis pharyngis leptothricia und Keratosis pharyngis. (Mycosis pharyngis leptothricia and keratosis pharyngis.)** *Glasgow Medical Journal. August-October 1896.*

Verf. basirt seine ausführlichen und interessanten Darlegungen auf die bisher publicirten Fälle und auf 9 eigene Beobachtungen. Er sucht zu zeigen, dass es zwei verschiedene Affectionen giebt, eine Leptothrixmykose und eine Keratosis pharyngis. Die Krankheit, die gewöhnlich als Leptothrixmykose beschrieben wird, ist eine Keratose und nicht durch die Anwesenheit eines Pilzes bedingt. Darin stimmt Verf. Siebenmann bei. Diese Keratose hält er für extensiver, als Siebenmann angiebt. Dieselbe entwickelt sich nicht nur aus den Lacunen der Tonsillen, sondern auch unabhängig von diesen an der Schleimhautoberfläche. Verf. setzt daher den Namen Keratosis pharyngis an die Stelle des von Siebenmann vorgeschlagenen Hyperkeratosis lacunaris. Schliesslich betont Verf., dass es auch eine Leptothrixmykose im Rachen giebt. Diese aber ist verschieden von der gegenwärtig als solche bezeichneten Affection. [Die sehr interessante Arbeit verdient im Original studirt zu werden. Red.]

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

71) **Robert Levy. Rachentuberculose. (Pharyngeal tuberculosis.)** *Denver Med. Times. Juni 1896.*

Ausser 162 Patienten mit Tuberculose des Pharynx und Larynx hat Verf. ausschliesslich pharyngeale Veränderungen in 17 Fällen beobachtet. Die Quelle der Infection schienen in einem Falle die Lymphbahnen zu sein, während in drei anderen Fällen eine rein oberflächliche Einimpfung tuberculösen Materials stattgefunden zu haben schien.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **Jonathan Wright. Tuberculöse Infection des lymphoiden Gewebes im Rachen nebst Bemerkungen über die Infection des Kehlkopfs. (Tuberculous infection of the lymphoid tissue in the pharynx with some remarks on laryngeal infection.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (diese Nummer S. 223). LEFFERTS.

73) **Watten** (Warschau). **Beitrag zur Angina syphilitica.** Dissertation. Würzburg. 1895.

Unter 347 auf der Abtheilung für Syphilis behandelten Fällen mit frischer Syphilis wiesen 61 Männer und 139 Frauen frühsyphilitische Rachenerkrankungen

auf, und zwar litten an Angina erythematosa 15 Männer (24,6 pCt.) und 34 Frauen (24,5 pCt.), an Angina papulosa 36 Männer (59,0 pCt.) und 84 Frauen (60,4 pCt.), an Angina erythemato-papulosa 10 Männer (16,4 pCt.) und 21 Frauen (15,0 pCt.). Die letztere Gruppe fasst W. nicht als eine besondere Form der Rachenerkrankung auf, sondern lediglich als gleichzeitiges Auftreten der beiden ersteren Formen.

SEIFERT.

74) **A. H. Ohmann-Dusmenil. Syphilitische Geschwüre im Rachen. (Syphilitic ulcers of the pharynx.)** *The Laryngoscope. October 1896.*

Verf. beschreibt die oberflächlichen, tiefen phagedaenischen und gummatösen Ulcerationen. Die beiden letzteren Arten curettirt er. Für die anderen ist eine Quecksilberbehandlung ausreichend. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **Corradi** (Verona). **Bedeutung des Mikroskops für die Diagnose gewisser Rachengeschwüre. (Importanza del microscopio per la diagnosi di alcune forme ulcerose delle fauci.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 3.*

Hier und da kommen Fälle vor, wo trotz einer von competenter Seite gemachten, auf die histologische Untersuchung aus der Umgebung von Rachengeschwüren excidirter Stückchen gestützte Carcinomdiagnose, eine antiluetische Behandlung dauerhafte Heilung bringt. Das ist auch in dem von C. mitgetheilten Falle geschehen. Er räth daher, nicht nur in sämmtlichen inoperablen Fällen, sondern auch bei sämmtlichen operablen Mund-Rachengeschwüren antiluetisch zu behandeln; auch dann, wenn die histologische Untersuchung die krebsige Natur des Uebels als Resultat ergeben hat. TOTI.

76) **J. E. Nichols. Die Folgen der Syphilis im Pharynx und ihre Behandlung. (The sequelae of syphilis in the pharynx and their treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Congressbericht (diese Nummer S. 229). LEFFERTS.

77) **Magnan. Verengerung des Rachens. (Rétrécissement pharyngien.)** *Journ. de Méd. de Bordeaux. No. 8. 23. Februar 1896.*

Rachenstenose syphilitischen Ursprungs mit Perforation des Gaumendachs. Das Leiden begann in früher Jugend und ist wahrscheinlich hereditärer Natur.

E. J. MOURE.

78) **E. Mc Evelock. Fremdkörper im Rachen eines Kindes. (Foreign body in pharynx of child.)** *British Med. Journal. 24. October 1896.*

Eine grosse Sicherheitsnadel wurde mit der Zange entfernt.

ADOLPH BRONNER.

79) **René Millon. Rachenhusten bei Kindern. (Toux pharyngée chez les enfants.)** *Journal de Médecine de Paris. 8. November 1896.*

Der Verf. beschreibt die Besonderheiten des bei Kindern durch die chronische Pharyngitis erzeugten Hustens. Derselbe ist anfallsweise, feucht, rauh und bellend; er fördert ein viscöses Rachensecret zu Tage. Die Hustenanfälle, die be-

sonders Nachts häufig sind, zeigen eine gewisse Periodicität; sehr regelmässig treten sie auf beim Niederlegen, um Mitternacht und beim Aufwachen.

PAUL RAUGÉ.

80) **Clozier** (Beauvais). **Einfluss des Rachen-Reflexes auf hysterische Anfälle. (Action du réflexe pharyngien sur les attaques d'hystérie.)** *Académie de Médecine. 27. October 1896.*

Verf. weist darauf hin, dass Kitzeln des Rachens oder der Nasenschleimhaut alle Arten von hysterischen Anfällen plötzlich zum Stillstand bringt. Dies Phänomen ist Analogon davon, dass man durch Kneifen oder Drücken gewisser Partien der Haut Anfälle nach Belieben hervorrufen oder zum Verschwinden bringen kann.

PAUL RAUGÉ.

81) **Ephraim** (Breslau). **Die nervösen Erkrankungen des Rachens.** *Volkmann's Samml. klin. Vorträge. No. 162.*

In sehr klarer Form giebt E. einen Ueberblick über die nervösen Affectionen des Rachens, von welchen er die Anomalien der Empfindung, der Bewegung, der Gefäss- und Drüseninnervation, ferner trophische und Reflexneurosen unterscheidet.

Die Empfindungsstörungen des Rachens werden eingetheilt in Störungen des Ortssinnes, in Spontanempfindungen, d. h. solche, welche ohne äussere Reize eintreten und in Störungen der Sensibilität im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. Störungen der Empfindlichkeit gegen äussere Einwirkungen. Eine Reihe von Versuchen mit dem Tasterzirkel, die nicht leicht durchführbar sind, ergab, dass die Feinfühligkeit der Rachenschleimhaut für diese Art der Prüfung recht gross ist und dass in der Querrichtung ungleich besser localisirt wird als in der Längsrichtung. Unter den centralen Ursachen der Spontanempfindungen ist in erster Linie die Hysterie zu nennen, in ähnlicher Weise wie diese kann auch die Neurasthenie und das Klimakterium (Semon) zu den allerverschiedensten und quälendsten Spontanempfindungen Anlass geben.

Die verschiedenen Qualitäten der Spontanempfindungen bestehen in dem Gefühl von Zusammengeschnürtsein des Halses und von Fülle in demselben, in dem Globus hystericus, in dem Gefühl als ob die Ein- und Ausathmungsluft im Halse von einer eisigen Kälte wäre, oder in dem von Pelzigsein, Trockenheit, Brennen, Kratzen, Kitzeln im Halse, in dem Gefühl von Druck oder eines Fremdkörpers, schliesslich in neuralgiformen Schmerzen.

Unter den Störungen der Sensibiltät bespricht E. die Hyperästhesie und Hypästhesie. Die Therapie der Empfindungsstörungen ist fast immer schon mit der Diagnose gegeben.

Von den Motilitätsstörungen kommen die Lähmungen und die Hyperkinesen (tonische und klinische Krampfzustände) zur Besprechung.

Den Schluss des Vortrages bilden die secretorisch-vasomotorischen Neurosen, die Trophoneurosen und die Reflexneurosen.

Für die mit Rachenaffectionen im Zusammenhang stehenden Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bringt E. eine ganz plausible Erklärung. Personen, welche im Halse ein Kitzeln, einen Druck, überhaupt eine Beschwerde fühlen, werden un-

willkürlich die Stimmuskulatur anders einstellen, als für gewöhnlich. Theils werden sie, um das gefühlte Hinderniss zu überwinden, die Muskeln in übermässigem Grade innerviren, wodurch eine feine Nuancirung der Stimme unmöglich gemacht oder schnelle Ermüdung herbeigeführt wird, theils werden sie den gefühlten Beschwerden nachgeben und die Stimmmuskulatur in einer Weise einstellen, welche wir als den Ausdruck einer Parese anzusehen geneigt sind. SEIFERT.

82) **D. N. Rankin. Ein Fall von Schussverletzung des Rachens. (A case of gunshot wound of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 12. September 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 224). LEFFERTS.

83) **C. P. Ambler. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *N. Y. Med. Record. 31. October 1896. Cleveland Med. Gazette. März 1896.*

Das Leiden ist häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen anzutreffen und ist bei jenen gewöhnlich mit einer strumösen Diathese verbunden.

LEFFERTS.

84) **Thoyer-Rozat. Idiopathische Retropharyngealabscesse bei Kindern. (Abscès retropharyngiens idiopathiques des enfants.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Verf. sieht in seiner Studie von den kalten und symptomatischen Abscessen ab und beschäftigt sich nur mit den idiopathischen Retropharyngealabscessen. Er hält dieselben für häufiger, als man im allgemeinen glaubt und für sehr ernst mit Rücksicht auf die Zufälle, die dabei vorkommen. Plötzlicher Exitus ist ziemlich häufig beobachtet worden; er lässt sich durch Krampfzustände in Folge von Compression der grossen Halsnerven oder durch Reflexwirkung erklären.

Was die Behandlung anlangt, so räth Verf. zur directen Eröffnung vom Munde aus. Die Incision von aussen her bleibt den Fällen vorbehalten, bei denen der Abscess zu tief gelegen ist oder ganz nach der Seite zu (lateral-pharyngeale Abscesse), oder schliesslich wenn die Contractur der Masseteren die Oeffnung des Mundes verhinderte. Verf. giebt zum Schluss einige neue Beobachtungen.

A. CARTAZ.

85) **Dollinger** (Leipzig). **Beitrag zur Lehre von den idiopathischen Retropharyngeal-Abscessen.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 41. Bd. 1896.*

Rechtsseitiger Retropharyngealabscess bei einem 8 Monate alten Säugling, der mit allgemeiner Tuberculose (der Meningen, der Lymphdrüsen, der Lungen etc.) behaftet war und wohl hauptsächlich an den Folgen der tuberculösen Meningitis zu Grunde gegangen ist; den Vordergrund des klinischen Bildes nahm zuerst der Retropharyngealabscess ein und später die Meningitis. Der retropharyngeale Abscess ist zweifelsohne aus der Vereiterung einer retropharyngealen Lymphdrüse entstanden. SEIFERT.

86) **Puttemans. Fall eines Retropharyngealabscesses. (Un cas d'abcès retropharyngien.)** *La Clinique. No. 47. 1896. Journal Méd. de Bruxelles. No. 47. 1896.*

23 Monate altes Mädchen erkrankt mit hohem Fieber; Diagnose: centrale

Pneumonie. Fieberabfall; daraufhin teigige Anschwellung am Halse unterhalb des Kieferwinkels; es wird ein Retropharyngealabscess (19 Tage nach Beginn der Erkrankung) constatirt und incidirt. Heilung. BAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

87) **Theobald Smith. Ueber die Bedingungen der Giftbildung in Diphtheriebacillenculturen. (Conditions influencing the appearence of toxin in cultures of the bacillus of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 9. Mai 1896.*

Culturelle Studien und Hypothesen über die Giftbildung der Diphtheriebacillen in verschiedenen Nährmedien; von rein bacteriologischem Interesse.

LEFFERTS.

88) **A. Kanthack. Der Uebertritt von Diphtheriebacillen in das Blut und die Gewebe. (The escape of diphtheria bacilli into the blood and tissues.)** *Journ. of Pathology. Juli 1896.*

Vortrag gehalten in der Januarsitzung der Pathological Society. Die Bacillen scheiden ein höchst giftiges Toxin aus; die Albumosen sind nur secundäre Producte. ADOLPH BRONNER.

89) **Smirnow. Ueber das künstlich dargestellte Diphtherieantitoxin.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 27.*

Sm. hat seine Versuche, durch Elektrolyse des Diphtheriegiftes Antitoxin zu erhalten, fortgesetzt und kommt zu dem Ergebniss, dass die Bereitung eines Specificums gegen Diphtherie kein ausschliessliches Monopol des thierischen Organismus sei, sondern, dass sich das Antitoxin weit einfacher und besser durch die Elektrolyse des Diphtherietoxins gewinnen lasse. LANDGRAF.

90) **Schmidt** und **Pflanz. Die antidiphtheritischen Eigenschaften der Muttermilch. (The anti-diphtheritic property of human milk.)**

Die Verff. wiesen in der Milch antitoxische Fähigkeiten nach. Die Antitoxine der Milch gehen durch den Digestionstractus des Säuglings in dessen Circulation unverändert über. Brustkinder erkranken bekanntlich auch selten an Diphtherie. Das Blutserum aus dem Placentarblut nach Ausstossung des Mutterkuchens wurde von den Verff. zur Vergleichung untersucht. Die antitoxische Fähigkeit desselben war geringer als die der Milch. LEFFERTS.

91) **Gallez** (Châtelet). **Experimentaluntersuchungen über den Ursprung der menschlichen Diphtheritis von den Vögeln. (Recherches expérimentales sur l'origine aviaire de la diphtérie humaine.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 3. 1896.*

1. Bei den Vögeln existirt eine Affection: der „contagiöse Catarrh, Rotz“, charakterisirt durch eine schleimige Secretion der Mund-, Nasen- und Conjunctivalschleimhaut mit rapider Abmagerung und Paralyse der Beine; von sehr schlimmer

Prognose und äusserster Ansteckungsfähigkeit; diese Affection kann der Ursprung einer Epidemie menschlicher Diphtheritis werden.

2. Bedingende Ursache ist ein Bacillus, welcher sich vom Löffler'schen durch seine bedeutend geringere Virulenz unterscheidet. Verstärkt man seine Virulenz und inoculirt man damit Meerschweinchen, so tödtet er diese rapid unter den gleichen Symptomen wie der Löffler'sche Bacillus; bei damit inoculirten Hühnern bringt er die Symptome des Rotzes hervor.

3. Der contagiöse Catarrh oder Rotz des Geflügels scheint in seinen Symptomen und seiner Aetiologie nach sich von der sog. Vogeldiphtheritis zu unterscheiden; beide Affectionen haben wahrscheinlich nur in der Bezeichnung Aehnlichkeit.

4. Die heilende Wirkung des antidiphtheritischen Serums auf den contagiösen Catarrh steht nicht absolut fest, obgleich diese Behandlung die krankhafte Secretion zum Verschwinden bringt, die Abmagerung aufhält und wenn sie auch nicht definitiv heilt, während ihrer Anwendung die Weiterentwicklung der Krankheit verhindert.

5. Vergleichende Untersuchungen der durch Inoculation mit dem Löffler-schen Bacillus und den Bacillen des contagiösen Catarrhs hervorgebrachten Wirkungen ergeben, dass beide Erscheinungen derselben Natur bei Hühnern und Meerschweinchen hervorbringen; es wäre somit der Bacillus des contagiösen Catarrhs nur ein sehr abgeschwächter Löffler'scher Bacillus.

6. Diese sehr geringe Virulenz des contagiösen Catarrhs erklärt die Thatsache, dass in vielen Fällen daran erkrankte Hühner Kinder nicht damit anstecken, nichtsdestoweniger bleibt die Gefahr der Ansteckung in Wirklichkeit bestehen.

BAYER.

92) **Redact. Notiz. Die Schulen und die Verbreitung der Diphtherie. (The primary schools and the spread of diphtheria.)** *Med. News. 16. Mai 1896.*

Aus den Statistiken der Londoner Schulen geht deutlich hervor, dass der Einfluss derselben auf die Verbreitung der Diphtherie stark überschätzt worden ist. Die Gewohnheit des Küssens der Kinder untereinander und das Zusammendrängen derselben in den engen häuslichen Verhältnissen sind weit gefährlicher.

LEFFERTS.

93) **W. R. Smith. Die Verbreitung der Diphtherie und die Elementarschulen. (The prevalence of diphtheria in connection with elementary schools.)** *Lancet. 13. Juni 1896.*

Verf. glaubt nicht, dass die Schulen für das Anwachsen der Diphtherie in London verantwortlich zu machen sind. Von 1871 bis 1894 ist die Zahl der Schulkinder um 81 pCt. gestiegen, die Anzahl der Diphtheriefälle aber hat sich nur um 11 pCt. vermehrt.

Der Herausgeber der Lancet hält die Schlussfolgerungen des Verf.'s nicht für richtig.

ADOLPH BRONNER.

94) **Hermann Biggs. Die Virulenz der Diphtheriebacillen, die im Halse von Fällen mit den klinischen Symptomen der Tonsillitis sich fanden. (The viru-**

lence of the diphtheria bacilli found in the throat in cases presenting the clinical symptoms of tonsillitis.) *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1896. Medical News. 23. Mai 1896.*

Den Scharlach isoliren wir, bis jede Ansteckungsgefahr vorüber ist, die Diphtheritis nicht. Die leichtesten Formen von Angina können durch echte Diphtheriebacillen verursacht sein. Von 48 klinisch zweifelhaften Fällen, bei denen die Bacillen gefunden wurden, erwiesen sich nur bei dreien die Bacillen als nichtvirulent. Von diesen Fällen waren 19 klinisch als „folliculäre Tonsillitis" während ihrer ganzen Dauer zu bezeichnen; 23 andere sahen Anfangs ebenso aus, im späteren Verlaufe aber entwickelten sich Membranen und reguläre diphtheritische Erscheinungen. Von den 19 „folliculären" Fällen hatten 18 virulente Bacillen. Fast bei allen diesen Fällen liess sich nachweisen, dass sie der Ansteckung mit Diphtherie in der letzten Zeit ausgesetzt gewesen waren. Die Bacillen blieben noch 8—30 Tage nach der Heilung nachweisbar. Verf. trennt 4 Arten von Fällen:

1. Gesunde Hälse, die den Löffler'schen Bacillus beherbergen.
2. Einfache Angina mit Bacillenbefund.
3. Typische Diphtheriefälle mit Bacillen.
4. Membranöse Anginen schwerer Art ohne Löffler'sche Bacillen; diese Fälle, ihrem klinischen Charakter nach und „officiell" echte Diphtherie, sind wahrscheinlich durch andere Bakterienarten verursacht.

LEFFERTS.

95) **Barella. Betrachtungen über die Diphtheritis. (Considérations sur la diphtérie.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 3. 1896.*

Jede gesunde Schleimhaut ist Träger von Mikroorganismen verschiedener Natur, die unschädlich bleiben, solange das Terrain, welches sie bewohnen, gesund bleibt, sobald dieses aber sich in seiner Vitalität verändert, wird der lebende Keim in Mitleidenschaft gezogen und schädlich, z. B. der Löffler'sche Mikrob secernirt alsdann ein giftiges Toxin, das „Toxalbumin" nach Roux und Yersin.

Die Diphtherie der Katzen kann sich auf Kinder übertragen, und vice versa die der Kinder auf Katzen; diese können zu Zwischenträgern zwischen anderen Individuen beiderseits werden.

Die Diphtheritis der Hühner theilt sich anderen Hühnern nur unter gewissen Umständen und Bedingungen mit, nämlich durch Aufpicken der Conjunctivalsecretion mit dem Schnabel. Dies erschwert die Uebertragung der Vogeldiphtheritis auf den Menschen. Der Autor glaubt überhaupt nicht an die Identität der Vogel- und Menschendiphtheritis.

BAYER.

96) **H. Koplik. Die bakteriologische und klinische Schnelldiagnose der Diphtheritis. (The rapid bacteriological and clinical diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 1. August 1896.*

Die Methode besteht darin, dass die Klebs-Löffler'schen Bacillen durch die höchste Temperatur, die ihnen zusagt (37—38° C.), zu schnellerem Wachsthum angeregt werden. Die Cultur wird schon $2^1/_2$ Stunden, nachdem sie in den Brütschrank gekommen ist, untersucht; die Strepto- und Staphylococcen sind dann

noch nicht gewuchert, die Diphtheriebacillen aber, wo sie überhaupt vorhanden, bereits vermehrt und leicht nachweisbar. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **Wyatt Johnson. Bericht über die Erfahrungen eines Jahres über die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (Report on a year's work in bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Montreal Med. Journal. Juli 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

98) **J. Nowack. Beitrag zur Bakteriologie der diphtheritischen Anginen. (Badania btony slurowej gardta ze wzgladu na mikroby, znajdyace sia w przypadkach btonicy.)** *Nowiny lekarskie. No. 12. 1896.*

Verf. nahm bei 16 letal verlaufenen Diphtheriefällen genaue histologisch-bakteriologische Untersuchungen vor. Die Resultate waren folgende: Die Diphtherie ist zuerst als locale, durch Löffler'sche Bacillen und Streptococcen entstehende Infection zu betrachten. In späteren Stadien kommt es zu einer allgemeinen Streptococcen-Infection. In einzelnen Fällen aber nehmen die Löffler-schen Bacillen auch an der allgemeinen septischen Infection Theil. Die histologischen Details müssen im Original nachgelesen werden. SOKOLOWSKI.

99) **Debry. Bemerkungen über eine Diphtheritisepidemie im Lager von Beverloo. (Note sur une épidémie de diphtérie, qui a régné au camp de Beverloo.)** *Archiv. méd. Belges. Janvier et Juillet 1896.*

7 Jahre lang persistirende Diphtheritisepidemie im Lager von Beverloo, über deren Auftreten, Verschwinden und lange Dauer der Autor verschiedene Fragen stellt und dieselben zu beantworten sucht. BAYER.

100) **A. C. Bell. Eine Uebersicht über die Frage der Diphtheritis. (A comprehensive survey on diphtheria.)** *Denver Med. Times. Juli 1896.*

B. hält daran fest, dass Diphtherie und membranöser Croup verschiedene Krankheiten sind. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **I. J. Bush. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **Engel. Hämatologischer Beitrag zur Prognose der Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 28.*

Verf. untersuchte die weissen Blutkörperchen bei 32 Diphtheriekranken. Er fand bei der Hälfte der an Diphtherie Gestorbenen (7) eine grosse Anzahl Myelocyten — grosse einkernige Zellen mit sehr grossem Kern und neutrophilen Granulationen im Protoplasma. Sind diese Myelocyten in mehr als 2—3 pCt. vorhanden, so ist die Prognose schlecht. LANDGRAF.

103) **Rimini** (Triest). **Ueber einen Fall von Pyämie in Folge acuter eitriger Mittelohrentzündung nach Diphtheritis.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 27.*

Bericht über einen Fall mit Bemerkungen über die Bedingungen des Eintritts pyämischer Complication. LANDGRAF.

104) **H. van Reusselaer. Zur Symptomatologie der Diphtheritis. (Symptoms of diphtheria.)** *Albany Med. Annals. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **E. B. Gleason. Ambulante Fälle von Diphtheritis. (Walking cases of diphtheria.)** *Atlantic Med. Weekly. 29. August 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **W. H. Happel. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Albany Med. Annals. August 1896.*

Uebersicht über die Pathologie, Diagnose und Behandlung dieser Krankheit. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

107) **C. R. Charteris. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Canadian Med. Review. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

108) **J. E. Faekler. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Columbus Med. Journal. 21. Juli 1896.*

Verf. empfiehlt die Combination von Salzsäure, Kali chloricum und Eisen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

109) **L. F. Flick. Calomel als Specificum gegen Diphtheritis. (Calomel as specific in diphtheria.)** *Dunglison's College and Clinical Record. Juli 1896.*

F. gebraucht Calomel local und innerlich. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

110) **H. Wickers. Die Localbehandlung der Diphtheritis mit Natriumhyposulfit. (The local treatment of diphtheria with sodium hyposulphite.)** *Lancet. 6. Juni 1896.*

Gleiche Theile von Glycerin und gesättigter wässriger Lösung von Natriumhyposulfit werden ein oder zweimal täglich im Halse applicirt. Die Allgemeinbehandlung ist daneben mit Sorgfalt durchzuführen. ADOLPH BRONNER.

111) **A. L. Hall. Behandlung des Kehlkopfcroups. (Treatment of laryngeal croup.)** *N. Y. Med. Record. 25. Juli 1896.*

H. giebt Chininum sulfuricum in Dosen von 0,03—0,06 zwei- bis vierstündlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **W. L. Pyle. Eine neue Behandlungsweise für Diphtheritis. Empfehlung intravenöser Sublimatinjectionen. (A new treatment of diphtheria. The intravenous injection of mercuric chloride. A therapeutic suggestion.)** *N. Y. Med. News. 18. Juli 1896.*

1. Die intravenösen Quecksilberinjectionen sind absolut schmerzlos. 2. Der therapeutische Effect erfolgt schneller und sicherer als bei jeder anderen Art der Einverleibung. 3. Der Werth des Quecksilbers für die Therapie der Diphtheritis ist allgemein anerkannt. 4. Dasselbe ist eines der kräftigsten Germicida, die uns zu Gebote stehen. 5. Die Wirkung ist direct proportional der Menge; eine kleine

Dosis aber, die intravenös gegeben wird, ist weit kräftiger wirksam, als viel grössere Dosen, die man auf anderem Wege beibringt. 6. Die intravenöse Quecksilberdarreichung stellt eine Bereicherung unseres therapeutischen Könnens dar.

Die zur Injection verwandte Lösung ist folgende: Hydrarg. chlorat. 1,0, Natr. chlorat. 3, Aqua destill. 1000. Ein geringer Alkoholzusatz erleichtert die Lösung; dieselbe muss absetzen und klar filtrirt werden. Es ist rathsam, doch nicht nothwendig, sie zu sterilisiren, um sie völlig aseptisch zu machen und zur leichteren Lösung zu bringen. Die Injection findet in der gewöhnlichen Weise in eine Armvene statt. Man kann sehr oft in dieselbe Vene injiciren. Jemma berichtete einen Fall, bei dem er 75 Injectionen in die Vena cephalica mediana gemacht hat. Diese und die Basilica mediana sind die geeignetsten. Ein Verband nach der Einspritzung ist nicht nöthig; auch der Collodiumverschluss ist meist überflüssig. Zu beachten ist, dass die Lösung frisch bereitet sein soll, damit man sicher geht, dass das Salz nicht zersetzt ist; und zweitens, dass die Lösung nicht zu concentrirt ist. Man injicirt 1:1000, später höchstens 1:500. Verf. spritzt zuerst 1 ccm der Lösung ein und steigt allmälig, doch nicht über 4 g. Für kleine Kinder empfiehlt es sich, mit weniger als 1 g der Lösung (0,001 des Salzes) zu beginnen. $^1/_2$ g reicht aus. Man steigt später auf 1, $1^1/_2$ und 2 g.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Variot** und **Bayeux** (Paris). **Auswischen des Kehlkopfs beim membranösen Croup mittelst modificirter O'Dwyer'scher Tuben. (Ecouvillonage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 3. Juli 1896.*

Die Verff. führen die O'Dwyer'sche Tube mehrere Male hintereinander ein und entfernen sie gleich wieder; sie geben an, auf diese Weise Ablösung der Croupmembranen erzielt zu haben, während sie gleichzeitig die Störungen, die ein längerer Aufenthalt der Tube im Larynx nach sich zieht, vermieden.

LUC.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

114) **Kirstein. Autoscopie des Kehlkopfs und der Luftröhre. Untersuchung ohne Spiegel. (Autoscopie du larynx et de la trachée. Examen sans miroir.)** *Annales des Malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 3. 1896.*

K. giebt eine Beschreibung seiner bekannten Methode. E. J. MOURE.

115) **A. Kirstein. Neue Mittheilung über die Autoscopie der oberen Luftwege. (Nouvelle communication sur l'autoscopie des voies aériennes.)** *Annales des Malad. de l'oreille. No. 8. August 1896.*

K. berichtet über die Entwicklung seiner Methode zur jetzigen Spateltechnik und ihre Anwendung beim narkotisirten Kinde, bei dem man den ganzen Larynx übersieht und in wenigen Minuten papillomatöse Geschwulstmassen entfernen kann.

E. J. MOURE.

116) **Thorner. Autoscopie des Kehlkopfs und der Luftröhre. (Autoscopie du larynx et de la trachée.)** *La Pratique médicale. No. 14. 8. April 1896.*

Verf. berichtet über seine persönlichen Erfahrungen mit der Kirstein'schen Methode, die seines Erachtens ernstester Berücksichtigung werth ist.

E. J. MOURE.

117) **Ephraim. Die directe Laryngoscopie. Autoscopie. (La laryngoscopie directe. Autoscopie.)** *La Pratique médicale. No. 15. 15. April 1896.*

Die Methode gestattet einen Einblick in die hintere Hälfte des Kehlkopfes; sie ist bei höchstens $^1/_3$ des Fälle anwendbar. E. J. MOURE.

118) **A. Logan Turner. Die Kirstein'sche Autoscopie. (Dr. Kirstein's laryngeal autoscopy.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1896.*

Nichts Neues. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

119) **P. Bruns. Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoskopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen.** *Beitr. z. klin. Chir. XV. 1896.*

Bei drei Erwachsenen gelang die Entfernung einer Geschwulst zweimal nicht auf diesem Wege, im dritten Falle wurde dieselbe bis auf den vordersten Theil exstirpirt, der noch unter Leitung des Spiegels entfernt wurde.

Bei zwei Kindern, die schon mehrfach wegen multipler Kehlkopfpapillome laryngofissurirt waren und eine Trachealcanüle trugen, gelang die „autoskopische" Entfernung leicht — in dem einen Falle in der Chloroformnarkose.

Bei drei weiteren Kindern, die wegen diphtherischer Tracheostenose die Trachealcanüle trugen, gelang die direkte Besichtigung leicht (bei zweien in Narkose). Der operative Eingriff wurde von der erweiterten Trachealfistel aus vorgenommen.

A. ROSENBERG.

120) **Cheval. Autolaryngoskopie und Ortholaryngoskopie von Kirstein in Berlin; Untersuchung des Kehlkopfs und der Trachea ohne Spiegel. (Autolaryngoscopie ou orthoscopie de Kirstein de Berlin; examen sans miroir du larynx et de la trachée.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 44. 1896.*

Beschreibung der Kirstein'schen Methode; dem Leser bekannt! BAYER.

121) **Klemperer** (Strassburg). **Die Untersuchung des Kehlkopfs ohne Spiegel (Kirstein's Autoskopie).** *Deutsche medic. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 30.*

Referat über einen im unterelsassischen Aerzteverein in Strassburg gehaltenen Vortrag. LANDGRAF.

122) **Thos. R. French. Photographie des Kehlkopfs. (Photography of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 7. November 1896.*

In der Section für Laryngologie der Academy of Medicine am 28. Octbr. 1896 demonstrirte Verf. Apparate zur Larynx-Photographie und gab durch Vorlegung einer Reihe von Abbildungen gesunder und kranker Kehlköpfe, sowie der hinteren Nase ein Bild von dem Werth dieser Methode. LEFFERTS.

123) **Clarence C. Rice. Einige ungewöhnliche Aeusserungen der sogen. „catarrhalischen Laryngitis". (Some of the unusual manifestations of so-called „catarrhal laryngitis".)** *N. Y. Med. Journal. 3. October 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (diese No. S. 227). LEFFERTS.

124) **Thomas Hubbard. Bemerkungen über die Principien der Behandlung bei einfacher acuter Laryngitis und Bronchitis. (Some remarks on the principles of treatment of simple acute laryngitis and bronchitis.)** *N. Y. Med. Journal. 18. Juli 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (s. S. 231). LEFFERTS.

125) **S. Oakley Vanderpoel. Einige Beobachtungen über Kehlkopftuberculose. (Some observations in laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Med. Journal. 18. Juli 1896.*

In einem auf dem 18. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrage bespricht Verf. einige weniger bekannte Punkte aus der Symptomatologie der tuberculösen Laryngitis. Was das zeitliche Verhalten zwischen Larynx- und Lungenphthise anlangt, so nehmen die meisten Praktiker als Regel an, dass der Kehlkopfulceration ein destructiver Process in den Lungen vorhergeht. Auch V.'s Erfahrungen bestätigen diese Regel. Dieselbe hat seltene Ausnahmen.

Die Schwäche der Stimme ist der hysterischen Aphonie ähnlich; die Hauptdifferenz zwischen beiden ist, dass bei der hysterischen Affection die Adductoren gewöhnlich betroffen sind und nicht die Stimmbandspanner. Aber dieser Unterschied trifft nicht immer zu. Bei manchen Fällen von Lungentuberculose bestehen im Kehlkopf gewisse prämonitorische Symptome catarrhalischer Art, die auf spätere Entwicklung von Kehlkopftuberculose hindeuten. Die für die späteren Stadien so charakteristische Schwellung der hinteren Wand oder ein Ulcus besteht noch nicht, sondern nur eine leichte Verdickung der Schleimhaut und ein weisses, milchiges, etwas eitriges, mucöses Sekret. Dasselbe enthält keine Tuberkelbacillen, doch darf es fast als pathognomonisch angesehen werden. Dieses Sekret ist besonders um die aryepiglottischen Falten oder auch im Kehlkopfinnern zu sehen.

Tuberculöse Infiltrationen können an den Aryknorpeln vorkommen und in der Folge zerfallen oder eine Ulceration betrifft die Stimmbänder, besonders an ihren hinteren Partieen. Häufig indess entgehen die Stimmbänder der Ulceration, wenn eine solche an anderen Stellen bereits sehr ausgedehnt ist. Aphonie kann durch sehr geringfügige Veränderungen hervorgebracht werden; auf der andern Seite kann sehr vorgeschrittene Geschwürsbildung bestehen, wofern nur die Stimmbänder frei geblieben sind, ohne dass eine stärkere Stimmstörung zu bemerken ist.

LEFFERTS.

126) **Solomon Solis-Cohen. Einige neue örtliche Agentien bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose: Bromoform, Formaldehyd, Guajacol und Protonuclein.**

(Some new topical agents in the treatment of tuberculosis of the larynx: bromoform, formaldehyde, guajacol and protonuclein.) *N. Y. Medical Journal. 24. October 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association (vergl. den Bericht am Schluss dieser Nummer). LEFFERTS.

127) **Wm. K. Simpson. Die Folgen der Kehlkopfsyphilis und ihre Behandlung. (The sequelae of syphilis of the larynx and their treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1896.*

Vortrag gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association: Referat im Congressberichte (s. am Ende dieser Nummer). LEFFERTS.

128) **Mendel. Zur Aetiologie der Kehlkopfpolypen. (Note sur l'étiologie des polypes du larynx.)** *Archiv. internat. de laryngol. etc. No. 2. März-April 1896.*

Verf. sah 2 Fälle von beginnenden Polypen, complicirt mit Entzündung der Kehlkopfschleimhaut. Eine antiphlogistische Therapie führte zur Heilung der Polypen und der Laryngitis. E. J. MOURE.

129) **R. Botey** (Barcelona). **Behandlung der Stimmbänder-Knötchen. (Tratamiento de los nódulos vocales.)** *Arch. Latin. de Rinol., Laringol., Otol. No. 63/64. 1896.*

B. lenkt die Aufmerksamkeit auf den Entstehungsmechanismus und die histologische Natur der Stimmbandknötchen. Er setzt an Beispielen auseinander, wie es gewöhnlich einem jungen Gesangschüler ergeht, der im Besitze eines gut gebildeten Kehlkopfs, dank den Fehlern unserer Gesangsschulen schliesslich nach einer anfänglichen Heiserkeit sich genanntes Leiden erwirbt. Es ist dies dem Mangel an anatomischen Kenntnissen des Stimmorgans seitens der Gesanglehrer zuzuschreibon. Der Ursprung und die Bildungsursache eines Knötchens sind nach B. folgende: Sei es in Folge einer Ueberanstrengung und Ermüdung der Stimmbänder oder eines Fehlers der Schule, die den Künstler gezwungen hat, über oder unter der gewöhnlichen Spannung der Stimmbänder zu singen, so verschleiert sich die Stimme des Schülers oder Künstlers, der nach einer gewissen Zeit, ohne dass er es glaubt, heiser wird. Wenn man den Kehlkopf in dieser Zeit untersucht, so findet man, dass die Stimmbänder eine leichte diffuse Röthe aufweisen, ein wenig verdickt, gleichsam leicht infiltrirt und am freien Rande mit einigen Partikeln eines dichten Schleims bedeckt sind, manchmal auch auf der Oberfläche, sodass die Stimme verdunkelt wird und der Singende etc. oft gezwungen wird zu husten, um sich von dem störenden Hindernisse zu befreien. Wenn der Patient unter diesen Umständen weiter singt, so befindet sich seine Stimme in fortwährender Anstrengung, die hohen und halben Noten, pianos und pianissimos dringen bedeutend verändert hervor, und zeigen einen ausgesprochenen Charakter von Härte. Wie wenig sich auch die Ränder der Stimmbänder gegen einander reiben, sei es durch Erschlaffung oder durch mangelhafte Schule, so kommt es doch im Vibrationscentrum zu einer Reihe von kleinen Stössen, die nothwendigerweise die Proliferation der Zellen anregen, welche man epithel-epidermische nennen könnte,

denn, wie bekannt, ist das Epithel der Stimmbänder kein cylindrisches, wie im übrigen Theile des Kehlkopfes, sondern ein Pflasterepithel. Was nun die Behandlung der Stimmbänder anbetrifft, so theilt sie B. ein in eine prophylaktische, diätetische, orthophonische, medicamentöse und chirurgische. Die Behandlung muss je nach den Umständen verschieden sein. Wenn die Krankheit im Beginn ist, so genügt eine gute Hygiene des Stimmorgans, um sie zu überwinden. Ist sie einseitig, wenig accentuirt und erscheint zum ersten Male, so ist eine etwas andauernde, absolute Ruhe wirksamer als irgend ein Heilmittel. Wenn Vocalisationsfehler oder Ermüdung der Stimme vorhanden ist, so lässt man im ersten Falle den Schüler oder Künstler den Gesanglehrer wechseln und giebt beiden betreffende Instructionen. Wenn die Wucherung des Epithels beiderseitig ist und alten Datums, so empfiehlt man Pulverisationen mit Milchsäure und locale Pinselungen mit caustischen Medicamenten, wie z. B. Höllenstein, Eisenchlorür, Essigsäure, Chromsäure oder Salicylsäure. Schliesslich, wenn das Leiden chronisch ist und doppelseitig, so muss man die Zerstörung des Knötchens mit dem Galvanocauter in Betracht ziehen oder besser noch die Exstirpation mit einer feinen entsprechenden Pincette.

Autoreferat.

130) **Scafi** (Rom). **Fibrom des Kehlkopfes bei einer Schwangeren. Exstirpation. Ernste Blutung. Tracheotomie. (Fibroma della laringe in una gravida. Estirpazione. Grave emorragia. Tracheotomia.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 2.*

Die Blutung entstand bald nachdem man mit der Kehlkopfpincette ein kleines Stück der Geschwulst exstirpirt hatte. Sämmtliche gewöhnliche Mittel zur Stillung wurden vergeblich versucht. Da Verf. ein Intubationsbesteck nicht bereit hatte, so schritt er rasch zur Tracheotomie. Gleich nach Eröffnung der Trachea stand die Blutung. Der Verlauf nach der Operation war ein sehr günstiger.

TOTI.

131) **O. Chiari** (Wien). **Ueber einen Fall von nahezu apfelgrossem weichem Fibrom des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 35.*

Patient, 61 Jahre alt, seit 4 Jahren stetig zunehmende Heiserkeit und Athemnoth, welch' letztere bei vornübergebeugter Kopfhaltung geringer ist als bei aufrechter Stellung des Kopfes. Bei tiefer Athmung hört man ein schlürfendes Geräusch, wie von einem beweglichen Fremdlörper. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte einen blassröthlichen, platten, an seiner Oberfläche gefässreichen Tumor, der die rechte Kopfseite nahezu ganz verdeckte und mit breitem Stiele der aryepiglottischen Falte und dem Taschenband rechterseits aufzusitzen schien. Während derselbe bei geöffneter Glottis in die Trachea hineinreichte, wurde er bei der Phonation und Exspiration aus dem Larynxlumen herausgeschleudert, wobei er sich quer über den Kehlkopfeingang legte. Die Diagnose schwankte zwischen Cyste, Myxom und Fibrom, wobei jedoch die beiden ersten bald auszuschliessen waren. Exstirpirt wurde der Tumor wegen der zu befürchtenden Blutung und mit Rücksicht auf das hohe Alter des Patienten in Chloroformnarkose: Hohe Tracheotomie, Einlegen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle. Da sich der Tumor als weit grösser erwies, als angenommen und die Anheftungsstelle sehr breit zu sein schien, wurde zur Laryngofissur mit Schonung des Ringknorpels geschritten. Der Tumor, der breit auf dem rechten Taschenbande und der rechten aryepiglottischen

Falte aufsass, wurde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen und erwies sich als Fibrom mit Cystenbildung, über deren Ursache sich Verfasser noch auszusprechen vorbehält. Autoreferat.

132) **F. Rueda Carrera** (Madrid). **Ein Fall von fibrösem Kehlkopfpolypen von grosser Ausdehnung. (Polipo fibroso laringeo de grandes dimensiones.)** *Revista de Medic. y Cirug. pract. No. 497. 1896.*

Es handelt sich um einen 72jährigen Mann. Der Tumor ging vom vorderen Drittel des rechten Stimmbandes und der vorderen Commissur mit breiter Basis aus und erstreckte sich bis zum Interarytenoidalraum, die ganze Glottis bedeckend. Der Tumor war zur Zeit der Mittheilung noch nicht histologisch untersucht, doch glaubt Verf. nach dem makroskopischen Aussehen an die fibröse Natur desselben. Fast das ganze Neoplasma wurde mit Hülfe des Mathieu'schen Instrumentars exstirpirt. R. BOTEY.

133) **Magnan. Angiom der Mandel und des Kehlkopfs. (Angiome de l'amygdale et du larynx.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 8. 23. Februar 1896.*

Der Kranke wurde auf der Moure'schen Klinik beobachtet. Das Angiom breitete sich über die linke Hälfte des Gaumensegels, über die linke Mandel, die linke Hälfte des verticalen Theiles der Zunge, schliesslich über das linke Taschen- und Stimmband aus. Störungen verursachte die Geschwulst nicht; sie wurde nur zufällig entdeckt. E. J. MOURE.

134) **J. F. Gibbs. Ein ungewöhnlicher Fall von Papillom des Kehlkopfs. (An unusual case of papilloma of larynx.)** *Philadelphia Polyclinic. 15. August 1896.*

Der Larynx war von so ungewöhnlicher Tiefe, dass eine besonders lange Zange zum Fassen des Tumors construirt werden musste.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

135) **Sikkel** (Haag). **Fall von Larynxpapillom. (Un cas de papillome du larynx.)** *La Belgique Méd. No. 22. 1896.*

Larynxpapillom, welches nach 18jährigem Bestehen keine Spur von Degenerescenz darbot; seit 17 Jahren Tragen einer Trachealcanüle. S. entfernte Papillome und Canüle. BAYER.

136) **Massei. Ein Fall von recidivirendem Larynxpapillom. (Un caso di papilloma laringeo recidivante.)**

Ein mit multiplen Larynxpapillomen behaftetes Mädchen war von einem Chirurgen mittelst Thyreotomie und Auskratzung vergeblich behandelt worden. Es gelang Massei die recidivirten Papillome nach mehreren Auskratzungen per vias naturales zu dauerndem Schwund zu bringen. Aus diesem Falle nimmt M. Gelegenheit, den Werth der rein chirurgischen und den der laryngoskopischen Behandlung der Larynxpapillome zu besprechen. Er ist ein Gegner der Thyreotomie, weil nach dieser Operation sehr oft Recidive beobachtet werden. TOTI.

137) **A. B. Farnham. Ein Fall von breitem Papillom mit hartnäckiger hysterischer Aphonie. (Case of large papilloma with obstinate hysterical aphonia.)** *Laryngoscope. October 1896.*

Obgleich die Geschwulst vollständig entfernt und die Bewegung der Stimmbänder vollkommen war, dauerte es doch mehrere Monate, bis die 14jährige Patientin wieder zu Stimme kam. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

138) **F. Lohrstorfer. Kehlkopfpapillom bei einem Kind; wiederholte Intubation; Tod. (Laryngeal papilloma in a child — repeated intubation — death.)** *N. Y. Med. Record. 10. October 1896.*

3jähriges Kind; wiederholte Intubation; jedesmal beim Herausziehen der Tube starke Dyspnoe; beim letzten Male wurde das Gesicht cyanotisch, die Pupillen weit, und trotz der grössten Anstrengung bekam das Kind keine Luft. Es wurde sogleich die Tracheotomie gemacht. In der Nacht darauf starb das Kind ganz plötzlich, wahrscheinlich infolge Verstopfung der Canüle. Die Section ergab ein breitbasiges Papillom, das in der Höhe der Stimmbänder kreisförmig den ganzen Kehlkopf ausfüllte und sein Lumen vollständig verschloss. LEFFERTS.

139) **R. Murray. Thyrotomie wegen Warzen im Kehlkopf. (Thyrotomy for laryngeal warts.)** *Lancet. 31. October 1896.*

Zwei Kinder von 6 und 3 Jahren wurden in der Liverpool Medical Institution vorgestellt. Die weitere Krankengeschichte wird nicht mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

140) **J. W. Gleitsman. Ein Fall von ungewöhnlicher Kehlkopfgeschwulst. (A case of unusual laryngeal growth.)** *N. Y. Med. Journal. 3. October 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association (Referat im Verhandlungsbericht am Ende dieser Nummer).

LEFFERTS.

141) **Martuscelli. Amyloide Larynxtumoren. (Tumori amiloidi della laringe.)** *Arch. ital. di Laring. 1896. No. 3.*

An der Hand zweier in der Klinik Massei's beobachteter Fälle kommt M. zu folgenden Schlüssen:

1. Das bis jetzt angenommene Charakteristicum dieser Geschwülste, d. h. ihre Multiplicität, kann fehlen; es kann eine einzige Kehlkopfamyloidgeschwulst vorkommen.

2. Die Gefässe, das Oberflächen- und Drüsenepithel können beim Vorhandensein von Amyloidsubstanz in der Geschwulst normal sein.

3. Um die Gefässe herum, besonders um die Capillaren, befindet sich stets eine reichliche kleinzellige Infiltration.

4. Die amyloide Natur der Larynxgeschwülste würde viel häufiger beobachtet, wenn man öfter die histologische Untersuchung vornähme. TOTI.

142) **M. C. O'Toole. Die Zweckmässigkeit der galvanokaustischen Schlinge zur Entfernung von Neoplasmen der Epiglottis und der benachbarten Theile. (Uti-**

lity of the galvano-cautery loop in the removal of neoplasms from the epiglottis and adjacent structures.) *Pacific Med. Journ. August 1896.*

Verf. findet die galvanokaustische Schlinge bei Operationen an der Zungentonsille wirksamer als das Messer, die Guillotine, die kalte Schlinge oder Säuren.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

143) **Redact. Mittheilung. Laryngotomie ohne Schädigung der Stimme. (Laryngotomy without impairment of voice.)** *The Laryngoscope. Decemb. 1896.*

Die Notiz nimmt Bezug auf ein 3jähriges Kind, das 2 Monate, nachdem Dr. J. Solis-Cohen an ihm die Thyreotomie ausgeführt hatte, wieder mit vollkommener Stimme sprach.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

144) **D. Bryson Delavan. Maligne Kehlkopferkrankungen. (Malignant diseases of larynx.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1896.*

Jeder maligne Tumor des Kehlkopfs erfordert, sofern keine besondere Contraindication vorliegt, möglichst frühzeitigen und ausgiebigen operativen Eingriff. Jeder suspecte Tumor berechtigt im geeigneten Falle zur explorativen Thyrotomie.

LEFFERTS.

145) **Cheval. Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Traitement du cancer du larynx.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 13. 1896.*

Besprechung der verschiedenen Behandlungsweisen, der medicinischen, chirurgischen und palliativen; daran anschliessend Mittheilung zweier Fälle von Carcinom des Kehlkopfes.

BAYER.

146) **R. H. Woods. Excision des halben Kehlkopfs wegen Carcinom. (Excision of half the larynx for carcinoma.)** *Dublin Medical Journal. Mai 1896.*

Ausser der einen Hälfte des Larynx wurden noch zwei Reihen infiltrirter Drüsen entfernt. Die Heilung erfolgte ganz ungestört, jedoch nach 4 Monaten war ein Recidiv in einer Drüse hinter der Clavicula zu constatiren. Bei der Operation derselben drang Luft in die tiefen Halsvenen. Der Patient starb an Pneumonie.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

147) **Terrier** und **Baudouin. Die Exstirpation des Kehlkopfs. (L'exstirpation du larynx.)** *Archiv. internat. de laryngol. No. 4. Juli-August 1896.*

Die Verff. widmen den bisher publicirten Fällen von Totalexstirpation des Kehlkopfs einige Worte und beschreiben dann die gewöhnliche Methodik der Operation nach Perier's Verfahren (1890) mit dem horizontalen, nicht verticalen Trachealschnitt. Zum Schluss berichten sie über die Statistiken von Schwartz (1886) und von Pinçonnat (1890), nach denen die Mortalität bei und nach der Operation sich zusammen auf 53 pCt. stellt.

E. J. MOURE.

148) **R. H. Woods. Vollständige Exstirpation des Larynx mit späterer kräftiger Stimmbildung. (Complete excision of the larynx with subsequent powers of vocalisation.)** *Dublin Med. Journal. Juli 1896.*

Der von Solis-Cohen 1892 operirte Patient. Die Trachea endigt vorn in der Mittellinie des Halses; zwischen Mund und Lungen besteht gar keine Commu-

nication. Der Pat. lernte aber ziemlich laut und deutlich sprechen. W. erklärt dies ebenfalls so, dass der Pat. Luft in den Oesophagus schluckt und diese wieder herauspresst, wobei Muskelfasern und Schleimhautfalten des Oesophagus, die sich Stimmlippenartig aneinander gelegt haben, in Schwingung gerathen.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

149) **N. Wolkowitsch. 2 Fälle von Larynxexstirpation wegen Carcinom.** Mittheilung in der Gesellschaft Kiewer Aerzte am 19. October 1896. — *Wratsch. No. 47. 1896.*

Der eine Fall betraf einen 48jährigen Kranken, den Vortragender 5 Jahre vorher wegen adenoider Wucherungen und Rhinitis hypertrophica mit verschiedenen Adstringentien und Causticis behandelt hatte. Trotz Besserung und Warnung setzte Patient die Pinselungen fort. October 1895 erschienen Geschwüre im Larynx mit starkem Infiltrat des anliegenden Gewebes. 1. Dec. Operation. Verlauf glatt. Pulsbeschleunigung bis 120. Am 6. Tage unmotivirter Exitus.

Der Autor ist geneigt, die fortgesetzte Pinselung in einen Causalzusammenhang mit der Geschwulst zu bringen.

Der zweite Fall betraf eine 49jährige Kranke, die starke Geschwulstmassen im ganzen Larynx hatte. Marasmus, Athembeschwerden, Schmerzen beim Schlucken. Infiltration der Nachbartheile. 9 Tage nach vorläufiger Tracheotomie Entfernung des ganzen Larynx. Ernährung mittelst Sonde à demeure. Keine Reizerscheinungen. 2 Wochen nach der Operation Flüstersprache, nach 4 Wochen volle Heilung der Wunde; Sprache noch besser. Bei der Vorstellung konnte Patientin auf 3 Arschin Entfernung das Vaterunser hörbar hersagen.

HELLAT.

150) **Glücker. Demonstration eines Patienten, an dem Bardenheuer die Totalexstirpation des Kehlkopfs vorgenommen hatte.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 28.*

Keine Details.

LANDGRAF.

151) **D. Bryson Delavan. Neuere Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der malignen Erkrankung des Larynx. (Recent advances in the surgical treatment of malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Sept. 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 220).

LEFFERTS.

152) **H. Lack. Beitrag zur operativen Behandlung maligner Kehlkopferkrankung mit besonderer Bezugnahme auf die Gefahr der krebsigen Wundinfection. (A contribution to the operative treatment of malignant disease of the larynx, with special reference to the danger of cancerous wound infection.)** *Lancet. 13. Juni 1896.*

Die Arbeit zerfällt in 3 Theile. Im ersten lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit der Ausbreitung von Carcinom durch directe Transplantation. Er theilt 10 Fälle mit, in denen die maligne Erkrankung auf angrenzende Partien durch directen Contact überging, während ein Zwischenraum frei blieb. In zehn

anderen Fällen trat die secundäre Geschwulst in einiger Entfernung von primären Herden auf. Dann bespricht Verf. die Gefahr der Infection der Wunde mit krebsigem Material beim Operiren wegen maligner Erkrankung. Zum Belege werden 35 Fälle angeführt, die zumeist der Eberth'schen These entnommen sind. Beim Eingriff wegen Kehlkopfcarcinom verdienen diese beiden Punkte besondere Beachtung. Die Geschwulst soll, wenn möglich, in einem Stück entfernt werden; die Schnitte sind durchgehends im benachbarten gesunden Gewebe zu führen. Ist dies nicht ausführbar, so soll die Wunde nachher durch Cauterisiren gereinigt werden. Verf. berichtet am Schluss über einen Fall von partieller Exstirpation des Kehlkopfs. ADOLPH BRONNER.

153) **H. S. Birkett. Ein Fall von Perichondritis des Kehlkopfs aus ungewöhnlicher Ursache. (A case of perichondritis of the larynx from an unusual cause.)** *N. Y. Med. Journal. 19. September 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 228). LEFFERTS.

154) **W. E. Casselberry. Die Intubation beim Erwachsenen; mit besonderer Bezugnahme auf die acute Stenose des Kehlkopfs. (Intubation in the adult. With special reference to acute stenosis of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 5. September 1896.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht (S. 221). LEFFERTS.

155) **Frederick G. Knight. Intermittirende spastische Dysphonie. (Intermittent dysphonia spastica.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Juli 1896.*

Vortrag, gehalten auf der 18. Jahresversammlung der American Laryngological Association; Referat im Congressbericht (S. 226). LEFFERTS.

156) **Samuel Johnson. Trachealstenose. (Tracheal stenosis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juli 1896.*

Abdruck eines auf dem 18. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrages. Verf. giebt eine kurze und treffende Darlegung der Krankheit, ohne etwas Neues zur Kenntniss derselben beizubringen. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

157) **George R. Fowler. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Polyclinic. 15. September 1896.*

Klinische Vorlesung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

158) **E. Morton. Die Ursachen und die Behandlung der plötzlichen Dyspnoe bei Kropf. (The causation and treatment of sudden dyspnoea in goitre.)** *British Med. Chir. Journal. September 1896.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem die Abhebung des Isthmus keine

Linderung der Dyspnoe brachte; es wurde später ein weiter Catheter durch die Trachea eingeführt. ADOLPH BRONNER.

159) **Heupken. Fälle von Cysten und Gefässkropf. (Cas de goitre kystiques et hématiques.)** *La Clinique. No. 25. 1896.*

H. zeigt aus der Klinik Lavisé's zwei operativ entfernte Schilddrüsentumoren vor, einen Cysten- und einen Gefässkopf, welche jeder anderen Behandlung widerstanden hatten. BAYER.

160) **G. Rosenthal. Vorstellung eines Falles von Tracheocele.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1896.*

Kurze Notiz über einen später ausführlich zu veröffentlichenden Fall.

LANDGRAF.

161) **Löwenstein** (Trier). **Ein Fall von totalem Schwund des zurückgelassenen Kropfrestes nach partieller Strumaexstirpation.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 28.*

Titel deckt Inhalt. LANDGRAF.

162) **Adenot** (Lyon). **Longitudinale Freilegung der Trachea als palliative Therapie bei Schilddrüsenkrebs. (Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroide.)** *Association française de chirurgie. 21. August 1896.*

Die Operation hat den Zweck, die vordere Fläche der Trachea zu entblössen, um die Luftröhre aus der Umschlingung des Neoplasmas zu lösen. Dieser Eingriff für sich allein oder combinirt mit partieller Thyroidectomie oder mit den von Poncet angegebenen breiten Incisionen rings um die Thyreoidea giebt bessere Resultate, als die einfache Tracheotomie; sie bessert nicht nur die Athemnoth, sondern auch die Dysphagie und die Schmerzen, die mit den kürassartig sich ausbreitenden Schilddrüsentumoren so oft verknüpft sind. PAUL RAUGÉ.

163) **Philippen. Ernährungszustand bei der Basedow'schen Krankheit; seine Modificationen durch die Schilddrüsenbehandlung. (L'état de la nutrition dans la maladie de Basedow; ses modifications par le traitement thyroïdien.)** *La Clinique. No. 26. 1896.*

Beobachtung einer Struma exophth. mit folgendem Ergebniss:

1. Die Krankheit verlief unter leicht febrilen Krisen, wäerend deren Hyperazoturie, Abmagerung und Zunahme aller Symptome zu constatiren war, so dass das Krankheitsbild eine grosse Analogie mit dem des Thyroidismus zeigte.

2. In der krisenlosen Zwischenzeit ging die Ernährung unter günstigen Bedingungen vor sich und das Körpergewicht nahm zu.

3. Die Thyroidinbehandlung übte einen günstigen Einfluss beinahe auf alle Symptome aus und die acuten Perioden stellten sich im Verlaufe eines Monats nicht wieder ein. Die Behandlung hat die Entwickelung des Kropfes nicht hintangehalten, vielleicht eher angeregt. Der Thyroidsaft, in kleinen Dosen gegeben,

wirkte diuretisch und vermehrte um 14 pCt. die Cl- und um 13 pCt. die N-Ausscheidungen.

4. Der Verlust an Albumin liess sich durch vermehrte albuminhaltige Nahrung ausgleichen. BAYER.

164) **James B. Herrick. Schilddrüsentherapie. (Thyroid therapie.)** *Medicine. August 1896.*

Verf. bespricht die verschiedenen Indicationen und die voraussichtliche Wirkungsweise der Schilddrüsensubstanz. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

165) **Bourneville. Thyroidtherapie. (Thyroid medication.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

4 Fälle von Myxoedem haben erhebliche geistige und körperliche Fortschritte gemacht; der älteste war 15 Jahre alt. Wirksam war die Behandlung auch bei 4 Fällen von Obesitas im Kindesalter. 4 Patienten mit zurückgebliebenem Wachsthum im Alter von 18—25 Jahren zeigten geringes Wachsen. Meistens gab B. die frische Drüse, zweitäglich oder auch jeden Tag $1/2$ Lappen. LEFFERTS.

166) **Simon. Schilddrüsenbehandlung bei Myxoedem. (Thyroid treatment of myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

5jähriges Kind mit congenitalem Myxoedem durch zweimonatliche Schilddrüsenbehandlung erheblich gebessert. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

167) **G. M. Garland. Ein Fall von Oesophagusblutung bei Lebercirrhose. (A case of oesophageal hemorrhage with cirrhosis of the liver.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. September 1896.*

Krankengeschichte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

168) **A. H. Ferguson. Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte nach Ausführung der Thyroidectomie. (Oesophagotomy for the removal of a plate of teeth after performing a thyroidectomy.)** *American Journal of Surg. and Gynaecology. September 1896.*

Der Fall betrifft eine 36jährige Frau. Das Gebiss steckte 10 Tage im Halse. Ausgang in Heilung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

169) **Bittner** (Prag). **Zur Kenntniss der Oesophagusstenosen nach Laugenverätzungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 43. 1896.*

Verf. begann mit der Einführung eines die Stenose gerade noch passirenden englischen Bougies und erweiterte die stenosirte Stelle in einer Sitzung, so dass er einen Verweilkatheter in den Magen einführen konnte. Zu immer höheren Nummern greifend, konnte er schon nach drei Wochen englische Katheter No. 16 anstandslos verwenden. Sodann nahm er täglich Sondirungen mit den gewöhn-

lichen Magensonden vor. Das Kind hatte vom liegenden Katheter nur anfangs Beschwerden, keine Decubituserscheinungen, nur gesteigerte Schleimsecretion. Nunmehr kann es auch feste Speisen ohne jegliche Beschwerden und Hindernisse geniessen.

CHIARI.

170) **C. Berger. Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 32.*

Ein 55jähriger Herr, der Lues in Abrede stellte, war ein Jahr vor dem Eintritt in die Beobachtung erkrankt unter den Erscheinungen einer Stenose des Oesophagus; Gewichtsabnahme 30 kg. Auf Jodkalium rasche Besserung mit Gewichtszunahme von 8,5 kg. B. schliesst daraus, dass es sich um eine syphilitische Stenose gehandelt habe.

LANDGRAF.

171) **S. Brothers. Ueber Hypnose und Suggestion; mit einem Falle von spasmodischer Strictur der Speiseröhre. (Hypnotism and suggestion, with a case of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 29. August 1896.*

Verf. erörtert die therapeutische Verwerthbarkeit von Hypnose und Suggestion und berichtet dabei über einen Fall von Oesophagusstenose, in dem diese Behandlungsmethode versucht, aber vor vollendeter Heilung wieder ausgesetzt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) **Cyril Ogle. Sarcom des Oesophagus. (Sarcoma of the oesophagus.)** *British Medical Journal. March 21. 1896.*

Die Geschwulst, eine dicke längliche polypoide Masse, ging mit einem Stiel von der Submucosa der linken Seite des Oesophagus aus. Metastasen waren nicht vorhanden. Bei der Demonstration dieser Geschwulst am 17. März 1896 vor der Pathological Society of London bemerkte der Vortragende, dass nur drei andere Beispiele dieser im Oesophagus seltenen Form von Neubildung in den Verhandlungen der Gesellschaft berichtet seien. Mr. W. G. Spencer hielt es für wahrscheinlicher, dass es sich um ein Myom, als um ein Sarcom handle.

SEMON.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Saenger** (Magdeburg). **Ueber die acustische Wirkung der Nasenhöhlen.** Pflüger's Archiv. Bd. 63. S. 301 u. ff.

An dem Zustandekommen der Resonanzlaute (M, N, Ng), sowie des mit dem Beiwort „nasal“ bezeichneten Stimmklanges soll, der gangbaren Anschauung zufolge, das Mittönen der in den Nasenhöhlen befindlichen Luft einen wesentlichen

Antheil haben. Verf. hält diese Anschauung für irrig. So weit die Resonanzlaute in Frage kommen, folgert er dies aus den im Nachstehenden skizzirten Versuchen.

1. Eine mit starken adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum behaftete Patientin vermochte die Resonanzlaute nicht hervorzubringen. Verf. führte ihr nun das eine Ende einer etwa bleistiftdicken Röhre in der Weise von der Seite in die Mundhöhle, dass einerseits der normale Verschluss der letzteren, wie er zur Hervorbringung von M erforderlich ist, möglich war, und andererseits eine freie Communication der hinter der Verschlussstelle im Munde befindlichen Luft mit der Aussenluft hergestellt wurde. Das Ergebniss war, dass Patientin nunmehr M deutlich auszusprechen vermochte.

2. Zwei anderen Versuchspersonen verschloss Verf. sorgfältig die Choanen durch Watte. Sie konnten infolgedessen weder die Resonanzlaute aussprechen, noch durch die Nase athmen. Indem er in der beschriebenen Weise eine freie Communication zwischen der hinter den Articulationsstellen von M und N in der Mundhöhle befindlichen Luft und der Aussenluft herstellte, machte er die deutliche Aussprache dieser beiden Laute möglich.

3. Einer vierten Versuchsperson verengte Verfasser beide Nasenhöhlen in ihrer ganzen Länge durch Watte in dem Maasse, dass sie, obgleich bei forcirter Exspiration durch die Nase die Flamme eines vor dieselbe gehaltenen Lichts noch zum Flackern gebracht wurde, nicht mehr durch die Nase zu athmen vermochte. Trotz dieser hochgradigen, eine acustische Wirkung völlig ausschliessenden Verengung der Nasenhöhlen klangen M, N, Ng noch ganz deutlich.

Nach einem Hinweis auf analoge, nicht selten zu machende klinische Beobachtungen und nach Besprechung einiger bei den angedeuteten Versuchen zu beachtenden Details führt Verf. sodann aus, dass die Nasenhöhlen bei Entstehung der Resonanzlaute lediglich als Abzugscanäle für die tönende Exspirationsluft dienen.

Im zweiten Theil der Arbeit wird zunächst auf die Unzulänglichkeit des üblichen Beweises für die Annahme, dass der mit dem Beiwort „nasal“ bezeichnete Stimmklang in der Nase seinen Entstehungsort habe, hingewiesen. Der als Beweis hierfür geltend gemachte Umstand, dass bei Vorhandensein dieses Stimmklanges die Flamme eines vor die Nase gehaltenen Lichts zum Flackern gebracht wird, beweise eben nur das Vorhandensein einer Communication zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits und Nase und Nasentheil des Rachens andererseits. Dagegen ergebe sich aus dem Umstand, dass die Stimme bei sehr grosser Enge der Nasenhöhlen nasal, bei sehr grosser Weite derselben trotz mangelndem Abschluss des Nasenrachenraumes durch das Gaumensegel rein klingen kann, die Unwahrscheinlichkeit der üblichen Annahme, dass ein nasales Timbre der Stimme auf eine Resonanzwirkung der Nasenhöhlen zurückzuführen sei.

Autoreferat.

b) **Johann Sendziak** (Warschau). **Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfs und ihre Radicalbehandlung.** Dargestellt auf Grund einer von der Medicinischen Gesellschaft in Toulouse preisgekrönten Arbeit und einer in den Jahren 1894—1896 unternommenen Sammelforschung. Mit 10 Abbildungen im Text. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1897. 240 S.

Der Verfasser dieser wichtigen Monographie hat mir die Ehre erwiesen, mir das Ergebniss seiner mühevollen und mehrjährigen Arbeit zu widmen. Es ist unter diesen Umständen für mich eine delikate Aufgabe, dieselbe zu besprechen: uneingeschränktes Lob könnte leicht als Dankesquittung, freimüthige, nicht immer zustimmende Kritik als eine schlechte Erwiderung eines ungewöhnlichen Compliments angesehen werden. Da ich aber weiss, dass Dr. Sendziak, von ächt wissenschaftlichem Geiste beseelt, eine solche freimüthige Kritik zu hören wünscht, da ich an der von ihm behandelten Frage das lebhafteste Interesse nehme, und da, wie er selbst dies in einem an mich gerichteten Brief betont, die Sache selbst nur gewinnen kann, wenn auch andere, als die von ihm selbst eingenommenen Gesichtspunkte hervorgehoben werden, will ich es im Folgenden versuchen, völlig unbefangen zu sagen, was ich über sein Werk denke. Vorausschicken muss ich nur, dass es bei der durch die Verhältnisse des Centralblatts gebotenen Raumbeschränkung unmöglich ist, meine abweichenden Anschauungen mit der Ausführführlichkeit zu begründen, welche die Wichtigkeit der in Rede stehenden Fragen eigentlich erfordert. Ich möchte aber bemerken, dass ich zur Zeit des Erscheinens der Sendziak'schen Monographie bereits selbst an einer grösseren Arbeit thätig war, welche durch den Hansberg'schen Beitrag zur Fränkel-Festschrift angeregt worden ist, und in der ich die Frage der Radicalbehandlung der bösartigen Kehlkopfneubilduugen von demjenigen Standpunkt aus bespreche, der mir die meiste Aussicht zu einer gedeihlichen, universellen Weiterentwickelung der ganzen Angelegenheit zu bieten scheint: dem historisch-kritischen. In dieser Arbeit, deren Abschluss ich möglichst zu beschleunigen denke, und die voraussichtlich im Fränkel'schen Archiv erscheinen wird, werde ich versuchen, Belege für manche meiner Anschauungen beizubringen, deren Begründung ich aus dem erwähnten Grunde in der folgenden Besprechung schuldig bleiben muss.

Das Sendziak'sche Werk beruht, wie dies sein Titel anzeigt, auf der im Jahre 1893 von der medicinischen Gesellschaft in Toulouse preisgekrönten Arbeit des Verfassers: „Des tumeurs malignes du larynx et de leur traitement" und auf einer von ihm in den Jahren 1894—96 angestellten „Sammelforschung betreffs der operativen Behandlung bösartiger Kehlkopfneubildungen". Es gelang dem Verfasser, mittelst letzterer ein verhältnissmässig sehr bedeutendes Material, bestehend aus 452 operativ behandelten Fällen von Carcinom und 50 entsprechend behandelten Fällen von Sarcom des Kehlkopfs zusammen zu bekommen, und meine erste, und sehr angenehme Pflicht ist es, sofort anzuerkennen, dass er dies grosse Material mit einer Sorgfalt bearbeitet hat, welche das wärmste und aufrichtigste Lob verdient. Sendziak selbst sagt (p. 67): „Die Sammlung des statistischen Materials selbst ist mit unerhörten, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden. Wie viel Mühe und Zeit es kostet, kann nur derjenige wissen, welcher per-

sönlich, wenn auch nur einmal, damit zu thun hatte". Das ist durchaus wahr, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, und versucht man dann noch, die Ungenauigkeiten, denen man in Referaten über nicht im Original zugängliche Arbeiten, und leider bisweilen (wie dies auch Sendziak hervorhebt) in den Arbeiten der Autoren selbst begegnet, durch private Erkundigungen zu berichtigen, so steigt die Mühe ins Ungemessene. Gerade das aber giebt der Sendziak'schen Arbeit bleibenden Werth, dass man auf jeder Seite die Beweise von der keine Mühe scheuenden Gründlichkeit ihres Autors findet. Das enorme Literaturverzeichniss — es enthält 644 Nummern —, welches die Arbeit abschliesst (lieber hätte ich freilich im Einklang mit den kürzlich von mir im Fränkel'schen Archiv aufgestellten Grundsätzen gesehen, dass die benutzten Arbeiten mit Angabe der Seitenzahl unter dem Texte citirt worden wären), ist keine blosse Verzierung des Werkes: überall findet man, dass die ganze citirte Literatur thatsächlich auf das Gewissenhafteste benutzt ist, und nur eines contrastirt auffallend mit der sonst überall sich documentirenden Gründlichkeit des Verfassers: die zahlreichen und störenden Irrthümer in der Schreibweise der Eigennamen der citirten Autoren, die in dem „Druckfehlerverzeichniss" nur zum bei weitem geringsten Theile berichtigt sind.

In dem Werke selbst sind Carcinom und Sarcom des Kehlkopfs streng von einander getrennt und jede dieser Geschwulstformen von den verschiedensten Gesichtspunkten aus unter den Abschnitten: Historisches, Aetiologie, Pathologische Anatomie, Symptomatologie, Verlauf, Diagnose, Prognose, Therapie des Näheren besprochen. Ferner enthält das Werk, welches in seinem Haupttheile auf statistischer Basis aufgebaut ist, eine Reihe von chronologisch geordneten, vorzüglichen Tabellen: 1. Thyreotomie wegen Krebs des Larynx; 2. Exstirpatio partialis s. unilateralis laryngis beim Krebs; 3. Totale Laryngectomie wegen Krebs; 4. Vergleichende Resultate verschiedener Operationsmethoden beim Kehlkopfkrebs (hier ist merkwürdiger Weise auch die Tracheotomie als „therapeutische" Methode eingeschlossen, obwohl dieselbe doch in keiner Weise beanspruchen kann, zu den Methoden der „Radicalbehandlung" zu gehören); 5. Thyreotomie bei Sarcom des Kehlkopfs; 6. Partielle und halbseitige Kehlkopfexstirpation beim Sarcom; 7. Totale Laryngectomie beim Sarcom; 8. Vergleichende Resultate verschiedener Operationsmethoden beim Kehlkopfsarcom; 9. Vergleich der Operationsresultate bei Larynxcarcinomen und -sarcomen; — sodann Schilderungen der einzelnen Operationen, begleitet von einer Anzahl von Abbildungen und genauen Beschreibungen der verschiedenen Canülen und künstlichen Kehlköpfe, und endlich ein in Thesenform aufgestelltes Resumé der vom Verfasser gewonnenen Anschauungen. Die Darstellung ist trotz der bisweilen — wie dies ja bei einem Ausländer so natürlich ist — etwas fremdartig angehauchten Sprache, völlig klar. Wiederholungen aber sind nicht immer vermieden, und bisweilen lassen die Aeusserungen des Verfassers über einen und denselben Gegenstand an verschiedenen Stellen eine im Sinne nicht unerheblich von einander verschiedene Deutung zu.

Im ersten Capitel giebt der Verfasser einen, leider viel zu kurzen und auf die äusserlichsten Thatsachen beschränkten Ueberblick über die Geschichte des Kehlkopfkrebses und seiner Radicalbehandlung. De facto enthält dieser Abschnitt,

der nur drei Seiten umfasst, nichts als einige der für die Frage wichtigsten historischen Daten und eine Namensliste der hervorragendsten Autoren, die über den Kehlkopfkrebs und seine Behandlung geschrieben haben. Von einer Vertiefung der Frage, einer Darstellung der Wechselfälle, welche die Anschauungen über die Behandlung des Kehlkopfkrebses im Laufe der letzten zwanzig Jahre durchgemacht haben, des Umschwunges, der in der ganzen Frage der Radicaloperation in den letzten zehn Jahren in Folge der bedeutenden Fortschritte in der Diagnose des Kehlkopfkrebses eingetreten ist, der Verschiedenheit in der Entwicklung der Frage in den einzelnen Culturländern — ist in diesem Capitel kaum die Rede. Um so mehr ist man überrascht, viele dieser Punkte weiterhin (in dem VIII. Capitel „Therapie") erörtert zu finden; eine ausführliche, zusammenhängende historisch-kritische Darstellung aber hätte m. E. nicht nur von vornherein das Verständniss der ganzen Frage bedeutend gefördert, sondern vor allen Dingen wahrscheinlich den Verfasser selbst zu der Erkenntniss geführt, dass für gewisse statistische Zwecke eine ganz bestimmte historische Gruppirung des gesammelten Materials unumgänglich nothwendig ist, will man zu wirklich verlässlichen Resultaten kommen. Wie sehr sich die Unterlassung einer solchen historischen Gruppirung an einigen der wichtigsten Ergebnisse der Arbeit gerächt hat, werde ich weiterhin zu zeigen haben.

Das zweite Capitel „Aetiologie" bringt eine treffliche Zusammenstellung und kritische Würdigung der einschlägigen Thatsachen. Die ausgedehnte Literaturkenntniss des Verfassers zeigt sich in diesem, ebenso wie im folgenden Capitel „Pathologische Anatomie" im schönsten Lichte. In den nächsten drei Capiteln wird die Symptomatologie, der Verlauf und die Diagnose behandelt. Sendziak's Darstellung giebt ein gutes Bild davon, wie sehr die Ansichten über diese Punkte leider noch immer auseinandergehen, und auch hier zeigt sich der Werth seines fleissigen Literaturstudiums. Merkwürdig ist es nur, dass gerade viele der von mir in der Sammelforschung des Centralblatts angegebenen Merkmale ganz unerwähnt bleiben. Wenn ich dies mit Bedauern constatire, so bin ich mir ganz klar darüber, dass nicht gekränkte Autoreneitelkeit aus mir spricht. Auch weiss ich, dass es sich um ein ganz unbeabsichtigtes Uebersehen handelt. Aber im Interesse der Sache bedauere ich es auf das Lebhafteste, dass diese Merkmale, die mir und denjenigen, welche meinen Angaben vertraut haben, so gute Dienste geleistet haben und leisten, auf dem Continent und in Amerika so wenig Beachtung gefunden haben. Sendziak's Arbeit liefert nur eine neue Bestätigung dieser von mir längst bemerkten Thatsache, einer Thatsache, die, wie ich weiterhin zeigen und in meiner eigenen Arbeit noch ausführlicher erörtern werde, die natürliche Erklärung des an sich auffallenden Factums bildet, dass die ganze Frage der Radicaloperation des Kehlkopfkrebses in Grossbritannien seit 1888 eine Entwicklung genommen hat, welche von der auf dem europäischen Continent und in Amerika stattgehabten wesentlich verschieden ist. Die betreffenden Capitel sind übrigens eine wahre Fundgrube von interessanten Einzelbeobachtungen; auf Details kann ich leider nicht eingehen.

Nach einigen kurzen Bemerkungen über die Prognose (Capitel VII), mit denen ich völlig einverstanden bin, kommen wir nunmehr zum Capitel VIII „Therapie".

Den Beginn desselben bildet die schon erwähnte, übrigens vielfachen Einwendungen ausgesetzte, historische Darstellung. Sendziak theilt die Geschichte der Therapie des Larynxkrebses in vier Phasen (pp. 59 u. 221): 1. therapeutischen Nihilismus (bis 1873); 2. Geburt der rationellen Therapie (1873—1881); 3. Periode der grossen Schwankungen (1881—1888); 4. Periode der nüchternen Kritik (1888 bis zur Jetztzeit). Mit den Daten bin ich ziemlich einverstanden, obwohl ich glaube, dass der Verfasser, ebenso wie die meisten jüngeren Laryngologen nicht annähernd realisiren, welchen Einfluss die P. Bruns'sche Monographie (1878) auf die Entwicklung der ganzen Frage ausgeübt hat; völlig stimme ich mit Sendziak darin überein, dass unsere gegenwärtige Anschauung vom Jahre 1888 zu datiren ist; statt aber diese letzte Phase „Periode der nüchternen Kritik" zu nennen, bin ich fest überzeugt, dass ihr mit viel grösserem Rechte der Name: „Periode der verbesserten Diagnostik" zukommt, und sehe in dem Umstande, dass Sendziak weder an dieser Stelle noch sonst wo in seinem Werke die ausschlaggebende Bedeutung der Verbesserung der Diagnostik für die Therapie des Kehlkopfkrebses so voll würdigt, wie sie es verdient, die Erklärung für seine dies nicht Verwendung der Statistik bei gewissen Formen der Radicaloperation, gegen welche sich im Weiteren meine Kritik hauptsächlich richten wird.

Wie S. in diesem Capitel (p. 63) von einem „wirklichen Triumph", „glänzenden" und „ausgezeichneten" Resultaten der totalen Laryngectomie zwischen 1881—88 sprechen kann, während er selbst angiebt, dass von 110 Operirten nur 7 andauernd geheilt wurden, verstehe ich nicht recht. Ein „Fortschritt" war dieses Ergebniss gewiss; aber unter einem „glänzenden Resultat", resp. einem „wirklichen Triumph" stelle ich mir doch etwas anderes vor. — Auch sonst hätte ich gegen manche Aeusserungen und Urtheile des Verfassers in diesem Capitel einiges einzuwenden, verböte dies nicht die Rücksicht auf den mir zur Verfügung stehenden Raum. Völlig dagegen bin ich mit S. einverstanden, wenn er bei der Erörterung der Bedeutung der Statistik sagt (p. 67): „Diese (sc. die statistischen Ziffern) können uns schon deshalb nicht den wirklichen Thatbestand geben, weil sie in verschiedenen Zeiten, von verschiedenen Autoren, und unter verschiedenen Verhältnissen aufgestellt sind". Hätte er selbst das nur mehr bei seiner Statistik beherzigt!

Nach einer Liste früherer Statistiken folgt nunmehr Sendziak's eigene. Er zählt zunächst alle endolaryngeal behandelte Fälle mit ihren wichtigsten Details auf. Aus dieser Zusammenstellung muss der Fall 28 (p. 74) gestrichen werden, ebenso, wie weiterhin in der Thyreotomietabelle derselbe, dort unter No. 78 (p. 94) aufgeführte Fall. Ich habe denselben in meiner 1894 erschienenen Arbeit direct als äusserst zweifelhaft und wahrscheinlich überhaupt nicht bösartig bezeichnet. (Es ist der Fall 11 meiner Tabelle.) Der weitere Verlauf hat thatsächlich bestätigt, dass die Geschwulst ein gutartiges Papillom war.

Sendziak bespricht sodann die Tracheotomie beim Kehlkopfkrebs, die, wie ich schon erwähnt habe, doch wohl kaum in den Rahmen der Aufgabe gehört, die er sich gestellt hat. (Der unter meinem Namen aufgeführte Fall 4, p. 79, nebst der zugehörigen Anmerkung ist mir nicht verständlich. Ich habe nie einen 16jährigen Patienten mit Kehlkopfkrebs gesehen.)

Dann kommt die „pièce de résistance“ des ganzen Werkes: die Statistiken der Thyreotomie, partiellen und totalen Kehlkopfexstirpation. Ueber die Sorgfalt, mit welcher dieselben angefertigt sind, können nicht zweierlei Meinungen herrschen, obwohl einzelne Angaben zur Kritik herausfordern. Was soll z. B. heissen (p. 93, Fall 63 letzte Columne): „Narbe in dem excidirten Stimmbande“? Oder wie sonderbar ist es, wenn die Antwort in der Columne: „Resultat der Operation“ bei dem bekannten von Hahn operirten Falle meines verstorbenen Freundes Montagu Williams (pp. 108, 109) lautet: „Tod nach $6^1/_2$ Jahren ohne Recidiv“? — Wenn je eine „Heilung“ durch die Operation erzielt wurde, so war es doch gewiss in diesem Falle, in welchem der Patient 6 Jahre nach der Operation als Richter fungirte (Sendziak drückt das merkwürdiger Weise so aus, dass der Kranke sich 6 Jahre „bei der Polizei beschäftigte“) und wenn er nach $6^1/_2$ Jahren in Folge eines Herzleidens den Zoll an die Ewigkeit bezahlte, den wir alle eines Tages entrichten müssen, so darf doch nicht das erste Wort in der Columne: „Resultat der Operation (!)“ das Wort „Tod“ sein! — Dergleichen Beispiele liessen sich verschiedene geben.

Ueber die allgemeinen Schlüsse, die Sendziak aus seinen Statistiken zieht, werde ich zum Schlusse dieser Kritik sprechen. Hier möchte ich bemerken, dass es sehr dankenswerth ist, dass er überall die Frage nach der Vorliebe einzelner Nationalitäten für specielle Operationsmethoden erörtert, obwohl er die Gründe dafür bisweilen m. E. nicht richtig erkannt hat. (Vgl. z. B. p. 124. Es ist sehr leicht zu erklären und soll weiterhin gezeigt werden, warum in England so wenig Resectionen vorgenommen werden.) Den Schluss des an interessanten und geistvollen Bemerkungen reichen Capitels, in welchem viele der benutzten Fälle, abgesehen von ihrer tabellarischen Darstellung, eingehend analysirt werden, bildet eine genaue Schilderung der verschiedenen Operationsmethoden und ihrer Nachbehandlung, sowie eine Aufstellung von Indicationen und Gegenindicationen für die einzelnen Methoden.

Es folgt sodann ein Abschnitt, in welchem das Sarcom des Kehlkopfs nach demselben Plan besprochen wird, den der Autor bei der Schilderung des Kehlkopfkrebses befolgt hat, und das Werk schliesst mit 45 Thesen, welche die Anschauungen repräsentiren, welche Sendziak aus seiner Arbeit gewonnen hat.

Bei dem erstaunlichen Inhaltsreichthum der Monographie muss ich mir versagen, auf diese Thesen des einzelnen einzugehen, so gern ich es möchte. Mit manchen (z. B. 1—13, 20—22) stimme ich völlig überein; bei anderen hätte ich wichtige Einschränkungen zu machen; den aus No. 28 gezogenen Schluss, dass die partielle Laryngectomie „entschieden die beste“ therapeutische Methode (natürlich in geeigneten Fällen) sei, bestreite ich durchaus; einzelne Aeusserungen des Verfassers, wie die, dass die Thyreotomie „fast absolut ungefährlich“ sei (No. 26), während er selbst fast 10 Procent Mortalität herausgerechnet hat, oder die (No. 29), dass die totale Exstirpation des Kehlkopfs „ohne Zögern“ in den passenden Fällen angewandt werden solle, während er selbst bei 188 Fällen dieser Operation 44,7 pCt. Todesfälle, 32,4 pCt. Recidive, 12,8 pCt. „günstige Erfolge“, und nur 5,85 pCt. definitive Heilungen herausgerechnet hat — sind mir kaum verständlich.

Aber ich kann auf diese Dinge nicht näher eingehen: die Hauptfrage für denjenigen, der dies Monument eisernen Fleisses studirt hat, ist die: Können die Ergebnisse der Arbeit — selbst wenn man im einen oder anderen Detail nicht mit dem Verfasser übereinstimmt — als so zuverlässig angesehen werden, dass die Arbeit gewissermassen die Markscheide einer neuen Epoche repräsentirt?

Das ist die uns Aerzte interessirende, für die unglücklichen an Kehlkopfkrebs leidenden Kranken unendlich wichtige Frage. Sie hat mich bewogen, die Besprechung der Sendziak'schen Arbeit zu unternehmen; ich will sie jetzt zu beantworten versuchen.

Zu diesem Zweck ist es von einschneidendster Wichtigkeit, die Fragestellung genau zu präcisiren. Es giebt nämlich in der ganzen Angelegenheit der Radicaloperation bösartiger Kehlkopfneubildungen für den Statistiker nicht eine, sondern zwei Fragen, die, obwohl sie bei oberflächlicher Betrachtung mehr oder minder identisch zu sein scheinen, in Wirklichkeit himmelweit verschieden von einander sind!

Dies sind die Fragen nach:

1. dem bisherigen Gesammtergebniss einer bestimmten Operationsmethode,
2. dem gegenwärtigen Ergebniss derselben Methode.

Identificirt man diese beiden Dinge einfach in einer Frage, wie der nach den Ergebnissen der Thyreotomie, schliesst man auf den heutigen Standpunkt dieser Operation nach dem bisher erzielten Gesammtergebniss, so kommt man mit Nothwendigkeit zu durchaus irreführenden, weit hinter den wirklichen Leistungen dieser Operation zurückbleibenden Resultaten!

Denn in Folge der seit 1888 gemachten diagnostischen Fortschritte, in Folge der durch dieselben ermöglichten Verbesserungen der Technik operiren wir heute, obwohl der Name derselbe geblieben ist, mittelst einer wesentlich vervollkommneten Methode in einer wesentlich von der früheren verschiedenen Klasse von Fällen, und demgemäss sind auch unsere Resultate unvergleichlich besser geworden, als früher!

Die Verkennung, resp. das Uebersehen dieser Thatsache bildet m. E. die Achillesferse der sonst so trefflichen Sendziak'schen Arbeit.

Und nun zum Beweise nicht nur dieser, sondern aller der Behauptungen, die ich in meiner Kritik aufgestellt habe!

Dieser Beweis ergiebt sich auf's Sonnenklarste aus Sendziak's eigener erster Tabelle: „Thyreotomie wegen Krebs des Larynx“ (pp. 86—96). Dieselbe umfasst 85 Fälle, bei 7 von welchen eine zweite Laryngofissur nothwendig wurde.

Das Gesammtergebniss dieser Operationen berechnet Sendziak folgendermaassen:

1. Definitive Heilungen (Heilungsdauer von mehr als drei Jahren): 8,7 pCt.
2. Relative Heilungen (ein Jahr lang recidivfrei): 13 pCt.
3. Locale Recidive: 53,3 pCt.

4. Tod in Folge der Operation: 9,8 pCt.
5. Zu kurz beobachtet (8 Fälle): 8,7 pCt.

Ich acceptire diese Zahlen ohne Weiteres als Gesammtergebniss des bisher mittelst der Thyreotomie Geleisteten. Dagegen weise ich alle aus diesem Gesammtergebniss auf die gegenwärtige Leistungsfähigkeit der Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs gezogenen Schlüsse als durchaus unzulässig zurück, da das Gesammtergebniss sich aus zwei, völlig ungleichwerthigen Gruppen zusammensetzt, und da die Miteinrechnung der älteren, von 1851—1888 reichenden Gruppe die wahren Resultate der von 1888—1894 reichenden jüngeren, und unser gegenwärtiges Können repräsentirenden Gruppe vollständig verdeckt! — Um letztere zu ermitteln, ist nichts weiter nöthig, als die chronologisch angeordnete Sendziak'sche Tabelle in die betreffenden beiden Gruppen zu zerlegen und nunmehr die Resultate jeder derselben einzeln, genau nach den vom Verfasser selbst befolgten Grundsätzen, statistisch zu berechnen. Ich habe dies gethan, und die folgende Tabelle, die, wie ich denke, mehr als einen meiner Leser beträchtlich überraschen wird, ist das Ergebniss:

Thyreotomie wegen Kehlkopfkrebs.

	I. Periode 1851—1888	II. Periode 1888—1894
Anzahl der Fälle	47	37*)
Definitive Heilungen . . .	3 (6,4 pCt.)	11 (29,9 pCt.)
Tod in Folge der Operation	3	6
Recidive	37 (80 pCt.)	7 (19 pCt.)
Zu kurz beobachtet	3	12
Blosse Explorativoperation	1	1

Aus diesen einfachen Zahlen ergeben sich folgende Thatsachen:

1. Während in den ersten 37 Jahren, in welchen die Laryngofissur beim Kehlkopfkrebs in Anwendung kam, von 47 Fällen nur 3, d. h. 6,4 pCt., definitiv (d. h. nach Sendziak für mehr als drei Jahre) geheilt wurden, steigt der Procentsatz der definitiven Heilungen von dem Augenblick an, in welchem eine frühere Diagnose und mittelbar durch letztere Verbesserungen in der Technik ermöglicht wurden, mit einem Schlage auf fast 30 (genau: 29,9) pCt.! — Dies ist ein besseres Ergebniss, Sendziak's eigenen Zusammenstellungen nach, als durch irgend eine andere Operationsmethode bei bösartigen Kehlkopfneubildungen erzielt worden ist!

2. Vereinigt man, wie dies Sendziak an allen anderen Stellen gethan hat, die „definitiven" Heilungen mit den „relativen", d. h. zählt man den ersteren aus der Gruppe der „zu kurz beobachteten" Fälle noch die 3 Fälle zu, bei denen die Heilung bereits über ein Jahr bestanden hat, ohne dass ein Recidiv eingetreten wäre**),

*) Fall 78 (p. 94) fällt fort. Vgl. oben p. 211.

**) In meiner eigenen Arbeit werde ich die Frage, wann man einen Fall als „geheilt" betrachten darf, näher erörtern. Definitiv lässt sich diese Frage, wie auch Sendziak sehr richtig hervorhebt, nicht beantworten; praktisch hege ich keinen Zweifel, dass das Einsetzen von Recidiven nach Ablauf eines Jahres von der Operation zu den grössten Seltenheiten gehört!

so beziffert sich der Procentsatz auf 37,8 pCt., überflügelt also bei weitem die Ergebnisse irgend einer anderen Operationsmethode. — Rechnet man endlich noch meine beiden, im Nachtrag (pp. 94, 95) von Sendziak mitgetheilten Fälle, bei denen die Heilungsdauer jetzt auch bereits mehr als ein Jahr besteht, zu den relativ geheilten Fällen der zweiten Periode (die dann also 39 Fälle umfassen würde), so gelangen wir zu einem Heilungsprocentsatz von 41 pCt.! — Und selbst dieses Ergebniss, das in Anbetracht des Leidens, mit dem wir es zu thun haben, gewiss als ein glänzendes bezeichnet werden muss, entspricht meiner festen Ueberzeugung nach durchaus noch nicht dem wirklichen Maasse des mittelst der Thyreotomie erzielten Erfolges! — Seit dem Abschluss der Sendziak'schen Tabelle ist ohne Zweifel eine weitere Reihe der in ihr als „zu kurze Zeit beobachtet" bezeichneten Fälle in die Reihe der definitiven Heilungen eingerückt, andere in die der „relativen" Heilungen. Erwäge ich weiter neuere eigene, oder mir persönlich bekannte, erfolgreiche, aber noch nicht veröffentlichte Fälle, denke ich derjenigen, die im Laufe der letzten zwei Jahre in der Londoner laryngologischen Gesellschaft demonstrirt oder bekannt gegeben worden sind, so komme ich zu dem Schlusse, dass wenn in diesem Augenblicke eine neue, vom Jahre 1888 beginnende und bis zur Gegenwart fortgeführte Statistik der Thyreotomie wegen Kehlkopfkrebs angestellt würde, das Ergebniss sich wahrscheinlich noch bedeutend günstiger gestalten würde, als dies meine obigen Zahlen zu zeigen scheinen! — Dabei vergesse ich durchaus nicht die Möglichkeit, dass in einer Anzahl der „zu kurze Zeit beobachteten" Fälle doch noch Recidive eingetreten sein mögen. Aber diese Möglichkeit ist, wie ich sofort zeigen werde, nicht eine Wahrscheinlichkeit.

3. Nichts ist nämlicher in meiner historischen Gruppirung der Sendziak-schen Tabelle überraschender und erfreulicher, als der plötzliche, enorme Rückgang des Procentsatzes der Recidive von dem Augenblicke an, wo in Folge der Ermöglichung der Frühdiagnose eine verständige Auswahl der mittelst der Laryngofissur zu behandelnden Fälle getroffen werden konnte! — Vor 1888 finden wir nicht weniger als 80 pCt. Recidive —, ein Procentsatz, der, zusammengehalten mit der verschwindend kleinen Zahl der definitiven Genesungen (6,4 pCt.), im Licht unseres heutigen Wissens nur den einen Schluss zulässt, dass die ungeheure Mehrzahl der derzeit mittelst der Thyreotomie behandelten Fälle sich für diese Operation überhaupt nicht eignete! — Vom Jahre 1888 geht dieser traurige Procentsatz der Recidive mit einem Schlage auf 19 pCt. herunter, d. h. die Thyreotomie giebt auch in Bezug auf Recidive eine weit bessere Prognose, als irgend eine der anderen Formen der Radicalbehandlung, einschliesslich der partiellen Kehlkopfexstirpation resp. Resection! — Sendziak's wiederholte gegentheilige Behauptungen (p. 96, 98, 127, 222) müssen also durchaus bestritten werden.

In summa: Wenn Sendziak (p. 98) sagt: „.... und wer weiss, ob die Thyreotomie nicht in Zukunft eine hervorragende Stelle in der Reihe der therapeutischen Methoden bei Kehlkopfkrebs einnehmen wird." — so erwidere ich: „Diese Frage ist nicht mehr zeitgemäss." Die Thatsachen haben sie bereits in dem Sinne beantwortet, dass die Thyreotomie in Bezug auf 1. die Geringfügig-

keit des Eingriffs, 2. die verhältnissmässig geringe Mortalität der Operation, 3. den Procentsatz der definitiven und relativen Heilungen, 4. das Ausbleiben von Recidiven, 5. das phonetische Resultat, 6. den Comfort des Patienten nach der Operation — über allen Zweifel hinaus gegenwärtig die **erste** Stellung unter allen äusseren Eingriffen wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen einnimmt und dass die partielle Exstirpation resp. Resection überhaupt nur dort in Frage kommt, wo entweder 1. die Diagnose zu spät gestellt ist, um mit der blossen Laryngofissur auszureichen, oder wo 2. sich die Neubildung nach Eröffnung des Kehlkopfs zu weit vorgeschritten, zu umfangreich, zu tief infiltrirend zeigt, als dass man von der blossen Entfernung von Weichtheilen eine dauernde Heilung erwarten dürfte, oder endlich 3. wo der Ausgangspunkt des Krebses die Wahl der Thyreotomie von vornherein unzulässig macht.

Eine grosse Anzahl der wichtigsten Sendziak'schen Schlüsse, nicht nur im Abschnitt über die Thyreotomie, sondern besonders bei dem Vergleich der verschiedenen Operationsmethoden und in seinen schliesslichen Thesen, bedarf hiernach vollständiger Umarbeitung.

Noch eine sehr merkwürdige Lehre ergiebt sich aus der historischen Gruppirung der Thyreotomietabelle unseres Autors. Er betont an verschiedenen Stellen seines Buches, besonders auf p. 98 und 124, dass diese Operation (die Thyreotomie) besonders dort geschätzt und angewandt wird, wo andere Operationsmethoden kein Bürgerrecht erworben haben und dass dies vor Allem in England der Fall sei, während man dort umgekehrt im Allgemeinen wenig zu den Resectionen geneigt sei.

Ja, die Erklärung hiervon ist, wie ich schon weiter oben angedeutet habe, eine unendlich einfache! Analysirt man die beiden grossen Gruppen, in welche die Sendziak'sche Tabelle zerlegt werden muss, auf die Nationalität der Operateure hin, so findet man, dass in der ersten Periode (1851—88) die Briten nur 12,7 pCt. der Operateure, also durchaus keine auffallend grosse Proportion, repräsentiren, dass aber diese Proportion sich vom Jahre 1888 an mit einem Schlage ändert, indem nunmehr britische Operateure mehr als die Hälfte (54 pCt.) aller seitdem ausgeführten Thyreotomieen beisteuern! — Die Gründe hiervon — wenn ich alle falsche Bescheidenheit bei Seite setzen und ganz ehrlich meine eigene Meinung aussprechen darf — sind m. E., 1. dass meine britischen Collegen (wie sie dies übrigens wiederholt öffentlich in der Londoner laryngologischen Gesellschaft anerkannt haben) meinen in der Sammelforschung des Centralblattes über die Frühdiagnose gemachten Angaben vertraut haben und auf dieselben hin frühzeitig operativ vorgehen; — 2. dass mein Freund Butlin den Muth gehabt hat, mit der Bruns'schen Lehre zu brechen, der zufolge die Thyreotomie für die Radicaloperation des Kehlkopfkrebses nicht ausreiche und 3. dass in Folge der immer früher gestellten Diagnose und der hauptsächlich von ihm und in geringerem Maasse von mir eingeführten Verbesserungen in der Technik der Operation unsere Resultate so erfreuliche geworden sind — 63,6 pCt. aller seit 1888 durch die Thyreotomie erzielten definitiven Heilungen entfallen, wie sich dies aus der Sendziak'schen Tabelle ergiebt, auf britische Operateure! —, dass wir immer seltener zu eingreifenderen Operationen, wie

der partiellen Exstirpation resp. Resection zu schreiten brauchen! — Nun wird man es wohl auch verstehen, wenn ich oben mein lebhaftes Bedauern darüber ausgesprochen habe, dass meine Angaben in der Sammelforschung — sei es in Folge der gegen sie erhobenen Einwürfe, sei es aus anderen Gründen — verhältnissmässig so wenig Beachtung auf dem Continent und in Amerika gefunden haben. Ich kann nur erklären, dass ich im Laufe der letzten neun Jahre nicht die geringste Veranlassung gefunden habe, irgend eine derselben zurückzunehmen, und dass sie mir und meinen britischen Collegen fortdauernd die erspriesslichsten Dienste geleistet haben. — Dass sie unfehlbar sind, bin ich weit entfernt zu glauben! — Ich komme auf diesen Punkt in meiner eigenen Arbeit zurück und behalte mir auch vor, dort zu sagen, was ich über die Totalexstirpation des Kehlkopfs denke.

An dieser Stelle lag mir nur daran, gerade weil die Sendziak'sche Monographie ein so bedeutendes Werk ist, meine Opposition gegen einige ihrer wichtigsten Schlussfolgerungen zu motiviren. Es stand zu fürchten, dass, wenn dies nicht geschehe, auch weiterhin auf dem Continent und in Amerika eingreifendere Operationen vorgenommen werden würden, wo man, wie die Thatsachen zeigen, mit geringeren nicht nur auskommen kann, sondern weit bessere Resultate erzielt! Deshalb habe ich die Besprechung der Sendziak'schen Monographie übernommen, deshalb erscheint dieselbe fast unmittelbar nach der Publikation des Werkes selbst. Eindringlicher als je zuvor wünschte ich meine Ueberzeugung zu betonen, dass es die Pflicht jedes Arztes, vor allen Dingen jedes Laryngologen ist, die Diagnose beim Kehlkopfkrebs, wenn möglich, **so früh** zu stellen, dass die in Grossbritannien mittelst der Thyreotomie erzielten schönen Resultate universelle werden! — Wenn ich bei der Verfolgung dieses Zieles gezwungen gewesen bin, manchen Ausführungen meines geschätzten Collegen Sendziak direkt entgegenzutreten, so glaube ich mich seiner Verzeihung sicher. Ich habe nur im Interesse der Sache geeifert! — Amicus Plato, amicus Socrates, magis amica Veritas! Felix Semon.

---

c) American Laryngological Association.

18. Jahrescongress,
abgehalten in Pittsburg, am 14., 15. und 16. Mai 1896.

Vorsitzender: William H. Daly (Pittsburg).

Erster Tag: Donnerstag den 14. Mai.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden: Der Vorsitzende eröffnet den Congress mit einem Hinweis auf den rapiden Fortschritt der Laryngologie in den letzten Jahren. Er zollt Manuel Garcia den Tribut warmer Anerkennung und weist auf den Verlust hin, den die Wissenschaft durch den Tod Wilhelm Meyer's erlitten hat. Redner sucht das Interesse der Specialisten an den Proble-

men der allgemeinen Medicin zu erhalten. Er heisst zum Schluss die Fachgenossen in Pittsburg willkommen.

John O. Roe (Rochester): Zur Aetiologie der Nasenscheidewandverbiegungen.

Aus dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse von der Aetiologie der Nasenscheidewandverbiegungen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Die Verbiegungen des Septums kommen zu Stande durch eine ganze Anzahl verschiedener Ursachen, die auf die verschiedenen Personen einwirken; auf ein und dieselbe Person können mehrere dieser Ursachen gleichzeitig einwirken.

2. Die Heredität spielt eine sehr bedeutsame Rolle als prädisponirende Ursache, nicht nur durch die Dyskrasien, die erblich übermittelt werden können, sondern auch durch das Vermischen verschiedener Rassen zu einem zusammengesetzten Typus, wobei unbegrenzte Variationen in der Configuration der knöchernen und knorpeligen Theile zu Stande kommen.

3. Die drei localen Ursachen, welche Deviationen, Spinen und Excrescenzen des Septums am häufigsten hervorbringen, sind Trauma, nasale Verstopfung und ungleiches Wachsthum der verschiedenen das Vomer zusammensetzenden Theile. Das letzterwähnte ursächliche Moment ist selbst hervorgebracht vornehmlich durch locale Ernährungsstörungen oder Krankheitszustände der nasalen Gewebe; diese führen zu ungleicher Entwicklung der beiden Seiten des Septums und damit zur Vorwölbung oder Biegung der stärker entwickelten Seite. Die Thatsache, dass das Vomer aus zwei Blättern sich zusammensetzt, die durch eine fibro-cartilaginöse Platte getrennt sind, deren Fortsetzung nach vorn dann die Cartilago triangularis bildet, erklärt leicht das Zustandekommen dieser ungleichen Entwicklung.

Arthur W. Watson: Die Operation bei Verbiegung der Nasenscheidewand.

Ein Theil der gebräuchlichen Operationsmethoden ergiebt kein befriedigendes Resultat, weil die Thatsache, dass ein verbogenes Septum länger ist als ein gerades, nicht berücksichtigt, und für die Reduction der Gewebsmassen nicht Sorge getragen ist. Das Septum muss zuerst auf die Maasse reducirt werden, dass es gerade in die Mittelebene hineinpasst. Dies geschieht durch Abtragung eines Theiles der Gewebe an der Stelle der Deviation, das excidirte Stück soll stets den vorspringenden Winkel mit umfassen; die Grösse desselben kann mit dem Augenmaass abgeschätzt werden. Die Incision findet an der convexen Seite des Septums statt. An der anderen Seite soll die Schleimhaut nicht durchtrennt werden; dadurch wird die Vereinigung der Wundränder erleichtert und Perforation vermieden. Zur Geraderichtung können verschiedene feste Zangen mit Vortheil verwandt werden.

Nicht weniger wichtig ist der zweite Schritt der Operation, der oft vernachlässigt wird, nämlich die Erhaltung des Septums in seiner Stellung. An zahlreichen Misserfolgen ist der Umstand Schuld, dass diese nicht lange genug durchgeführt wird. Die Verheilung des Knorpels erfordert 3—4 Wochen. Die beste Stütze giebt eine besondere Nadel, die von der concaven Seite durch das Septum

hindurch quer über die Incisionsstelle und dahinter nach der anderen Seite zurückgestochen wird. Es ist dabei Sorge zu tragen, dass nicht eine Deflection nach der anderen Seite entsteht.

Auf diese Weise sind beide Seiten frei für die Athmung und zur Reinigung. Der Kopf der platten Nadel ist mit Gummi umkleidet, damit nicht durch den Druck eine Ulceration entsteht. So kann die Nadel 3 Wochen und länger ohne Beschwerden getragen werden.

Erfordert das verbogene knöcherne Septum eine besondere Stütze, so kann man einen Tampon von Jodoformgaze zwischen Septum und Aussenwand an der Stelle der Deviation einlegen. Der knöcherne Theil aber heilt schneller, als der knorpelige. Man kann deshalb die Gaze nach 7—10 Tagen entfernen, wenn die Nadel noch liegen bleibt.

Peyre Porcher (Charleston, S. C.): Einige Betrachtungen über atrophische Rhinitis.

Redner bespricht die verschiedenen Theorien über die Natur dieser Erkrankung und bekennt sich selbst zu der Ansicht, dass sie keine besondere Krankheit für sich ist, sondern die Folge anderer Entzündungen, die zu eitrigem Ausfluss führen. Dieser spült die Epithelien fort und verschuldet die Zerstörung der Schleimhäute.

Seiler hält den Gottstein'schen Wattetampon für wirksam, selbst ohne dass er einen medicamentösen Zusatz erhält. Die Secretion, die dadurch angeregt wird, feuchtet die Inspirationsluft an und zugleich wird diese durch die Watte filtrirt. Redner hat neuerdings aseptische Wolle für den gleichen Zweck verwendet, dieselbe aber für erheblich weniger tauglich befunden.

Thomas Hubbard (Toledo) hat eine alkoholische Lösung von Acetanilid angewendet. Der richtige Weg zur Verwerthung der Watte ist, dieselbe rund um die Muscheln herumzuwickeln.

G. A. Leland (Boston) hat die Muscheln mit 10proc. Cocainlösung eingepinselt und zwar um ihres secundären Effects, der Congestion, willen. Der Zusatz von Resorcin zur Cocainlösung verhütete die üblen Allgemeinwirkungen des Cocains.

A. W. de Roaldes (New Orleans) hat die Elektrolyse mittelst watteumwickelter Elektroden angewendet.

Nichols hat mit Orthochlorphenol in Lösungen von 10 pCt. bis zu concentrirten, zufriedenstellende Resultate erzielt.

Thomas R. French (Brooklyn): Kehlkopfphotographie mit Hülfe des Bogenlichts.

In seinen früheren photographischen Versuchen hatte F.'s Methode mehrere Nachtheile an sich; einer der hauptsächlichsten war die Unsicherheit der Lichtquelle, des Sonnenlichtes. Neuerdings arbeitet F. mit Hülfe der Bogenlampe, so dass er zu jeder Zeit ein gutes Bild aufnehmen kann. Bei der sehr geringen Distanz zwischen der Camera und dem zu photographirenden Gegenstand war es sehr schwierig, das Licht der empfindlichen Platte so anzupassen, dass der Focus ge-

rade darauf fiel. Dazu war ein kleines Diaphragma, ein rapides Oeffnen und Schliessen, sehr starke Lichtempfindlichkeit der Platte und eine kräftige Lichtquelle nothwendig.

Die Handhabung des Apparats ist dieselbe, wie sie es mit dem Sonnenlicht-Condensor war.

Die Lichtstrahlen werden vom Stirnspiegel mehrere Zoll nach innen vom focalen Punkt aufgefangen und dann wird der Focus gesucht. Ist der Apparat in guter Ordnung, so kann man ein Bild in derselben kurzen Zeit aufnehmen, die für die gewöhnliche sorgfältige laryngoskopische Untersuchung erforderlich ist.

Demonstration von Instrumenten.

Ingals zeigt einen tragbaren Apparat zum Comprimiren von Luft; ferner eine Nasensäge mit Handgriff zum Umklappen.

Seiler legt ein Instrument vor, das zur Entfernung weicher Fremdkörper aus dem Ohr und den Luftwegen dient.

D. Bryson Delavan (New York): Neuere Fortschritte in der Behandlung maligner Kehlkopferkrankungen.

Im Allgemeinen ist das Leben des an Kehlkopfcarcinom leidenden Patienten durch den chirurgischen Eingriff bisher eher verkürzt, als verlängert worden. Diese Behauptung stützt sich auf die Feststellung, dass die durchschnittliche Lebensdauer solcher Fälle ohne die Exstirpation des Kehlkopfs $1^1/_2$ Jahre betrug. Indessen sprechen alle Anzeichen dafür, dass die Operation in Zukunft günstigere Chancen verspricht. Man kann 3 Arten des chirurgischen Eingriffs unterscheiden: 1. die Thyreotomie mit oder ohne partielle Laryngectomie; 2. die totale Laryngectomie nach Solis-Cohen's Methode, und 3. die Totalexstirpation in Fällen von ausgebreiteter Kehlkopferkrankung mit Betheiligung der Drüsen.

Was die Thyreotomie anlangt, so gelten die folgenden von Butlin aufgestellten Sätze:

1. Jede maligne Neubildung, die im Kehlkopfinnern ihren Ursprung hat und erreichbar ist, soll operativ behandelt werden, wenn nicht eine ausgesprochene Gegenindication vorliegt, und die Operation soll möglichst ohne Verzug vorgenommen werden.

2. Jeder Tumor im Kehlkopfinnern, der auf Malignität verdächtig, dabei von begrenzter Ausdehnung und anscheinend leicht zu erreichen und zu entfernen ist, berechtigt bei geeigneten Patienten zu einer exploratorischen Thyreotomie, wenn die umgebenden Gewebe nicht infiltrirt und Drüsen nicht geschwollen sind.

Die Vortheile der Solis-Cohen'schen Methode, bei der der Kehlkopf ganz exstirpirt und das freie Ende der Trachea in die Halswunde eingenäht wird, sind:

1. Die Gefahr der Aspirationspneumonie ist vermindert.

2. Das Schlucken ist leicht und erfolgt unter den normalen Bedingungen.

3. In bisher mindestens 3 Fällen erwarben die Patienten die Fähigkeit zu phoniren; die Stimme war so gut, wie die durch irgend einen künstlichen Apparat erzielte.

4. Die Bequemlichkeit für den Patienten ist grösser; jede Entstellung fällt fort und er braucht keinen künstlichen Kehlkopf.

Bezüglich der dritten Operation sagt Cheyne, dass im Vergleich zum Brustdrüsenkrebs die Erkrankung des Halses in manchen Fällen günstigere Verhältnisse für die Heilung bietet, in anderen ungünstigere. Ungünstigere, weil der Krankheitsherd dem Einblick und Eingriff weniger offen liegt, günstigere mit Bezug auf die Lymphdrüsen, die am Halse in weiter Ausdehnung frei und zugänglich sind.

Die Fortschritte auf diesem Gebiete sind dem eingehenden und andauernden Studium dieser Fragen seitens erfahrener Chirurgen zu danken. Ein missglückter Versuch der Laryngectomie durch einen hierzu nicht Qualificirten kann nur den Operateur selbst schädigen und die Operation in Misscredit bringen.

Seiler glaubt, dass die amerikanischen Chirurgen grösseres Vertrauen beanspruchen dürfen, als der Redner ihnen zu Theil werden liess. Er weist auf einen 1885 bereits von Rosswell Park (Buffalo) operirten Fall hin.

W. E. Casselberry (Chicago): Die Intubation beim Erwachsenen mit besonderer Beziehung auf acute Kehlkopfstenose.

Der Erwachsene kann bezüglich der Intubation nicht ebenso behandelt werden, wie das Kind, und die acute Stenose mit der Hilflosigkeit, in die sie den Patienten versetzt, und der schnellen Erschöpfung ist nicht identisch mit der chronischen Stenose. Redner bespricht vier Fälle von Diphtherie, einen Fall von acutem Kehlkopfoedem und eine Larynxstenose unklaren Ursprungs, wahrscheinlich aber auch oedematöser Natur. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Für den mit dem Kehlkopfspiegel Vertrauten ist die Intubation beim Erwachsenen leichter und sicherer auszuführen unter der Leitung des Spiegels. Wenn möglich, ist die sitzende Haltung des Patienten zu wählen. 2. Ein unruhiger Patient kann in ein Tuch eingeschlagen werden; er sitzt auf einem Stuhl mit gerader Lehne. Der Kopf wird hinten übergelegt; ein Mundknebel wird eingeführt; der Finger dient als Führer, wie beim Kinde. 3. Kann der Patient sich nicht aufrichten und das Bett nicht verlassen, so wird er dicht an den rechten Rand desselben gelagert, so dass der Operateur zur Rechten des Kranken steht; Kopf und Schultern liegen durch Kissen erhöht, der Hals ist mässig gestreckt. 4. Aehnlich muss auch beim Moribunden die Intubation ausgeführt werden.

Das Sprayen des Schlundes mit Cocain erleichtert die Manipulation. Die Extraction der Tube geschieht auf die gewöhnliche Weise. Die Ernährung nach der Intubation nach Redners Methode lässt sich beim Erwachsenen schwerer durchführen, als beim Kinde. Die Erfahrungen, die Redner bisher machte, scheinen dafür zu sprechen, dass bei der Diphtherie des Erwachsenen die Intubation mit Vortheil an die Stelle der Tracheotomie gesetzt werden kann. So kann auch beim acuten Oedem, wenn die Erschöpfung nicht extremer Art ist, ein einmaliger Versuch gemacht werden. Die kürzeste Tube, die für den Erwachsenen möglich ist, soll behufs Vermeidung von decubitalen Druckgeschwüren gewählt werden. In Fällen von Kiefersperre („Set-jaw“) oder pharyngealer Schwellung ist die Intubation contraindicirt. Sie ist erlaubt bei der laryngealen Arthritis deformans, bei traumatischem Oedem, Laryngismus stridulus und bei dem secundären Oedem der chronischen specifischen oder tuberculösen Erkrankung.

Hubbard sah zwei Fälle von acutem Oedem der Trachea mit normalem Kehlkopf. Bei trachealer Stenose würde die Intubation erfolglos bleiben. In dem einen Falle hat er auch die Tracheotomie ohne Nutzen gemacht. Die Affection war durch Erosionen nach specifischer Ulceration verursacht. Im zweiten Falle handelte es sich um Jodvergiftung; Oedem bestand ausser in der Trachea auch im Gesicht und Rachen, der Kehlkopf aber blieb frei. Das Oedem wurde durch Pilocarpin beseitigt.

J. E. Boylan (Cincinnati): Ein Fall von Spindelzellensarcom der Nase. Mit Demonstration des Präparates und von Schnitten.

Der Patient klagte seit mehreren Monaten über heftiges Nasenbluten, Verstopfung der Nase und gelegentlichen starken Schmerz. Unter dem linken Nasenbein war eine merkbare Vorwölbung sichtbar. Die ganze linke Nasenseite war von einer rothen, leberartigen Masse angefüllt. Diese wurde mit der heissen Schlinge in zwei Stücken entfernt; die Basis wurde curettirt. Die Blutung war sehr stark, sie wurde durch Tamponiren mit Jodoformgaze gestillt.[1]

Die gesammte Geschwulst hatte Hühnereigrösse; ihr Ansatz von etwa $1^1/_2$ Zoll Länge schien an der unteren Muschel befestigt zu sein. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarcom. Bisher — nach 22 Monaten — kein Recidiv. Zum Schluss stellt B. die seit der Bosworth'schen Tabelle 1889 publicirten Fälle zusammen.

E. Fletcher Ingals: Fibröse Geschwülste des Nasenrachenraumes.

I. beobachtete einen Fall bei einem 11jährigen Knaben. Die linke Nasenseite desselben war von einer Geschwulst erfüllt, die das Septum nach der andern Seite drängte und sich nach hinten weiter ausdehnte bis in den Nasenrachenraum, in dem sie befestigt war. Unter Cocain wurde der Tumor mit der heissen Schlinge abgetragen. Spätere Cauterisationen beseitigten alle Spuren der Geschwulst, verursachten aber eine starke Narbenbildung im Rachengewölbe.

Eine Schwellung in der rechten Backe wurde mit submucösen Injectionen einer Lösung von 25 pCt. Milchsäure mit 2 oder 3 pCt. Carbolsäure auf 21 pCt. Glycerin behandelt. Die Injectionen brachten den Tumor zu zwei Dritteln zum Verschwinden. Redner empfiehlt dieses Vorgehen für Fälle, in denen mit dem Messer oder Galvanokauter nicht vorgegangen werden kann.

Charles M. Shields (Richmond): Fibrome des Nasenrachenraums.

Fall 1. 23jähriger Mann. Eine feste Geschwulstmasse erfüllt den Nasenrachenraum und die linke Nasenhöhle. Der Tumor ist an der Rachenwölbung und zum Theil an der hinteren und der linken Seitenwand des Pharynx befestigt; weiterhin auch an der Aussenwand der linken Nasenhöhle bis in die Hälfte ihrer Länge. Die Geschwulst wurde mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt; sie maass $1^1/_4 : 1^2/_5$ Zoll.

Fall 2. 48jährige Negerin. (Manche Autoren behaupten, dass bei Frauen diese Art von Krankheit nicht vorkomme. Shields hat nie einen ähnlichen Fall

bei einem Neger beobachtet.) Die Geschwulst erfüllte den ganzen Nasopharynx, sie drängte den Gaumen stark nach vorn, hatte aber keine nasale Fortsetzung. Die 6 Wochen lang durchgeführte elektrolytische Behandlung ergab wenig Resultat. Die mikroskopische Untersuchung eines abgetragenen Stückchens zeigte, dass es sich um ein echtes Fibrom handelte. Shields meint, dass nur sehr wenige dieser Geschwülste, wenn überhaupt eine, nicht durch die natürlichen Wege erreichbar sind und dass demzufolge die Resection des Oberkiefers selten erforderlich ist. Ligaturen, Caustica, der Thermokauter und die Evulsion sind Methoden, die weiter nicht in Frage kommen dürfen. Im Allgemeinen ist nur zwischen kalter und heisser Schlinge zu entscheiden. Die Anwendung von Irido-Platindraht verdient den Vorzug wegen seiner Steifheit oder die heisse Schlinge. Der Strom soll mit Unterbrechungen applicirt werden; der Patient muss dazwischen Zeit zur Ruhe haben. Der Schmerz ist auf diese Weise auf ein Minimum beschränkt, die Blutung vermieden. Ueberdies bricht die kalte Schlinge bisweilen. Bei Tumoren mit breiter Basis kann man durch vorheriges Erhitzen des Irido-Platindrahtes eine Rinne machen, um das Abgleiten der Schlinge zu vermeiden. Schliesslich bewirkt diese Behandlungsmethode zugleich am besten die Kauterisation der Ansatzstelle der Geschwülste.

Jonathan Wright (Brooklyn): Tuberculöse Infection des lymphoiden Gewebes im Rachen mit Bemerkungen über die Infection des Kehlkopfes.

Der Vortrag ist ein Zusatz zu den Mittheilungen W.'s auf dem vorjährigen Congress. Redner wiederholte Dieulafoy's Experimente mit 12 nicht ausgewählten Fällen. Er impfte Meerschweinchen Mandeln und Adenoidgeschwülste ein, die vorher histologisch und bakteriologisch untersucht waren. Das Resultat war ein negatives. Auch die Thierexperimente von W. H. Park ergaben negative Resultate. Tuberkelbacillen wurden von Strauss u. A. in gesunden Nasen und Hälsen gefunden. Wright ist geneigt, zu glauben, dass Dieulafoy's Resultate — wie Cornil vermuthet — durch Oberflächen-Verunreinigung zu erklären sind. Mit den Wright'schen übereinstimmende Resultate hat auch Ricardo Botey (Barcelona) publicirt.

An Schnitten aus einem tuberculösen Larynx findet W. den unumstösslichen Beweis, dass die Bacillen das intacte Epithel durchdringen; ob dies auch im gesunden Halse möglich ist, vermag er aber nicht zu sagen.

Die Beziehung der Hals- und Nasenkrankheiten zu Verdauungsstörungen:

H. R. Brown (Chicago): Acute Krankheiten der Nase und des Halses.

Hyperämie des Rachens ist häufig verbunden mit Magenhusten, Asthma eine nicht seltene Folge von Verdauungsstörungen. Angioneurotisches Oedem des Kehlkopfs, Kehlkopfblutung, Anfälle von Bewusstlosigkeit bei Kehlkopfphthise, Blutungen bei Lebercirrhose können alle mit Störungen im Intestinaltractus im Zusammenhang stehen. Das Verschlucken von Secreten bei Affectionen der oberen

Wege beeinträchtigt oft die Function des Magens. Dilatation des Magens kann durch Aufwärtsdrängen des Diaphragma Glottisspasmus auslösen. Bei Abdominaltyphus sind laryngeale Complicationen nicht selten. Ein directer Beweis freilich, dass die Erkrankung in den Luftwegen durch die Magenaffection verursacht ist, liegt nicht vor; die klinische Erfahrung aber spricht deutlich für diesen Zusammenhang.

T. R. French (Brooklyn): Chronische Krankheiten der Nase und des Halses.

Chronische Nasen- und Halsaffectionen sind oft mit Verdauungstörungen verbunden, doch ist das Verhältniss von Ursache und Wirkung nicht immer klarzulegen. Verschiedene der Ursachen catarrhalischer Erkrankungen wirken zugleich auch auf die Digestionsorgane ein. Redner bezieht sich auf Erfahrungen an 50 Medicin-Studirenden, die an Hals- und Rachencatarrh litten. 47 von diesen klagten auch über Verdauungsstörungen; 14 waren obstipirt; nur 1 hatte eine reine Zunge. 45 waren starke Esser, 33 rauchten. Bei 16 bestand nasale Verstopfung, 2 athmeten durch den Mund. Der Zustand des Rachens schien bei den Rauchern nicht schlechter zu sein, als bei den Nichtrauchern. Unter 23 Fällen von Magenbeschwerden bei Frauen, von denen die Hälfte entschieden neurotisch war, wurde in allen Fällen Pharyngitis constatirt; nur 4 hatten eine reine Zunge; bei 4 bestand Verstopfung der Nase, bei 4 Mundathmung. Welcher Abschnitt das Gastro-Intestinaltractus afficirt war, schien für den Zustand des Rachens unwesentlich zu sein. Störungen des Magens und der Därme führen oft zu reflectorischen Störungen der vasomotorischen Nerven.

Casselberry erinnert daran, dass Türck dieselben Bakterien im Magen und im Sekret des Nasenrachenraums gefunden hat. Durch Heilung der nasopharyngealen Erkrankung beseitigt man oft auch die Magenbeschwerden.

D. N. Rankin (Alleghany): Ein Fall von Gewehrschussverletzung des Rachens.

Der Patient hatte 1847 einen Schuss in den Rachen erhalten. Die Kugel drang rechts etwa 2 Zoll hinter dem Ohrläppchen ein, ging quer durch den Rachen und an der entsprechenden Stelle auf der andern Seite wieder heraus. Von Blutungen oder Schluckbeschwerden nach der Verletzung weiss Pat. nichts anzugeben. Die Narben sind beiderseits zu sehen. Seither sind nahezu 50 Jahren verflossen.

Zweiter Tag: Freitag, den 15. Mai.

John N. Mackenzie (Baltimore): Beitrag zur pathologischen Anatomie der Siebbeinerkrankung.

Redn. berichtet über mehrere Fälle des gewöhnlichen Typus dieser Erkrankung und giebt eingehende Mittheilungen über die anatomischen Verhältnisse des aus der Siebbeingegend entfernten Gewebes. Dasselbe zeigt deutlich die chronisch entzündlichen Veränderungen, wie sie bei allen Entzündungen innerhalb der Nase anzutreffen sind, schrittweise Zerstörung der Drüsen durch Leukocyteninvasion

und durch die Retraction gewucherten Bindegewebes. Dem entfernten Gewebe wird in solchen Fällen zumeist der Name myxomatösen Gewebes beigelegt. Redn. billigt diese Bezeichnung nicht; er stellt folgende Sätze auf:

1. Die sogen. myxomatöse Degeneration ist in Wirklichkeit gar keine mucöse Veränderung, sondern eine einfache Entzündung. Der Sinn des Wortes „myxomatös“ ist ein schwankender. Die Nasenhöhle ist thatsächlich die letzte Stelle, an der wir nach myxomatösen Veränderungen zu suchen hätten. Die myxomatösen Polypen sind einfach ein ödematöses Bindegewebe, nicht myxomatös. Sie repräsentiren einen chronisch degenerativen Zerstörungsvorgang durch Rundzelleninfiltration und Bindegewebswucherung und sind eine Folge einfacher Entzündung. Für solche Fälle würde der Name „Endorrhinitis“ sich eignen.

2. Unsere gewöhnliche Anwendung der Bezeichnung „myxomatös“ ist fehlerhaft, weil die betreffenden Zustände meist nur vom klinischen Standpunkt aus beurtheilt werden und das entfernte Gewebe selten mikroskopisch untersucht wird.

3. Ethmoiditis, selbst eitrige, kann jahrelang bestehen, ohne dass Veränderungen des Knochens zu Stande kommen müssen. Viele Autoren jedoch halten dafür, dass Caries und selbst Nekrose des Knochens sehr häufige Complicationen sind. Eine ursprüngliche primäre Nekrose in diesen Fällen ist nicht festgestellt. Retention von Sekreten kann Osteitis verschulden, aber nicht Nekrose. Redner glaubt nicht, dass Nasenpolypen jemals von nekrotischem Knochen ausgehen.

4. Die verschiedenen Veränderungen, die man findet, repräsentiren successive Stadien derselben Affection; verschiedene Namen sind deshalb nicht nothwendig.

5. Eine ausgesprochene Aehnlichkeit besteht zwischen Granulationsgeweben und sarcomatösem Gewebe. Daher müssen verschiedene Theile der entfernten Massen untersucht werden, ehe man sich ein Urtheil bilden kann.

H. L. Wagner (San Francisco): Seropurulente Kieferhöhlenentzündung bei chronischer Bleivergiftung.

Der Pat. war 32 Jahre alt und seit 12 Jahren als Maler thätig. Redner glaubt die Sinuserkrankung, ebenso wie die Neuritis verschiedener Nerven auf die Ablagerung von Blei, vielleicht als Albuminat, zurückführen zu müssen. Aehnliche Zustände sind bei einigen Augenerkrankungen beobachtet, bei denen Neuritis des N. opticus mit schwerer Cephalalgie durch chronische Bleivergiftung bedingt sind.

A. W. Mac Coy (Philadelphia): Durchbruch von Zähnen in die Nasenhöhle.

Redn. stellt die bisher publicirten Fälle zusammen und fügt ihnen einige eigene Beobachtungen hinzu. Zähne in der Nasenhöhle können nicht nur locale Reizung und eitrigen Ausfluss verursachen, sondern auch Reflexhusten und Kehlkopfspasmus. In einem seiner Fälle, bei dem die Untersuchung der Nase ein Sarkom ergab, wurde als accidentelles Moment das Vorhandensein eines Zahnes festgestellt. Die Frage drängt sich auf, ob der dadurch gesetzte Reiz mit der malignen Neubildung wohl in Zusammenhang steht.

A. Cooledge jr. (Boston): Blutstillung bei Operationen in Nase und Hals.

Die Lagerung nach Rose — über das Ende des Operationstisches senkrecht herabhängender Kopf — ist den meisten Operateuren ungeschickt, obgleich sie das Herunterfliessen des Blutes in den tieferen Pharynx verhütet. Die Trendelenburg'sche Stellung schützt die Trachea vor Blut bei der Thyrotomie und bei Operationen im unteren Theile des Rachens. Für Operationen am oberen Athemtractus ist empfohlen, den Patienten gegenüber dem Arzte auf einen Stuhl zu setzen. Wird der Körper stark vornüber gebeugt, so fliesst das Blut aus dem Munde und dem Nasopharynx gut nach aussen ab. Nasenbluten kann im Allgemeinen durch Tamponade der vorderen Nase gestillt werden und jeder Rhinologe muss diese auszuführen wissen. Nasenrachenraumblutungen lassen sich zum Stehen bringen durch Ausfüllen des Rhinopharynx mit Gaze, gerade so wie die hintere Nase tamponirt wird. Die Grösse der Blutung hängt ab von der Grösse und Zahl der eröffneten Gefässe und von der Contractionsfähigkeit ihrer Wände. Beunruhigende Blutungen sind selten bei adenoiden Wucherungen, Tonsillen und bei myxomatösen Geschwülsten. Das Gegentheil ist der Fall bei Sarkom und bei Fibrom mit Ansatz am Proc. basilaris. Bei diesen letzteren ist zur Blutstillung unmittelbar eine feste Tamponade sowohl von vorn wie von hinten geboten. Bei adenoiden Vegetationen ist die Blutung nach dem Curettiren geringer als nach dem Operiren mit der Zange. Bei der Tonsillotomie vermeidet man im Allgemeinen die Blutung durch Operiren mit der kalten Schlinge unter allgemeiner Narkose oder mit der heissen unter Cocain.

F. J. Knight (Boston): Intermittirende spastische Dysphonie.

Redn. stellt zusammen, was über diese Krankheit bisher bekannt ist. Ihre chronische Form hält er für ausserordentlich selten. Sein Fall, an dem besonders der intermittirende Charakter des Leidens gut hervortritt, betrifft einen Geistlichen, bei dem die Attaken nur in der zweiten Hälfte der Predigt auftraten. Die Störung stellte sich, nachdem der Redner mit völlig normaler Stimme eine unbestimmt lange Zeit gesprochen, jedesmal plötzlich ein; vermuthlich in Folge von Ermüdung.

J. W. Gleitsman (New York): Ein Fall von ungewöhnlicher Geschwulst des Kehlkopfes.

Der Kehlkopf zeigte auf der rechten Seite eine schneeweisse Masse, die sich von der vorderen Commissur bis zum Aryknorpel hin ausdehnte. Die Geschwulst schien zwischen wahrem und falschem Stimmband zu liegen und glich einem in den Ventrikel eingestopften Wattebausch. Ihre Oberfläche war leicht gefaltet, ihr Rand etwas unregelmässig. Die Bewegungen der rechten Kehlkopfseite waren anscheinend normal, die Adduction vollständig. Im Uebrigen schien das Organ gesund. Die Untersuchung eines exstirpirten Stückchens ergab, dass es sich um ein hartes Papillom, wahrscheinlich maligner, möglicherweise carcinomatöser Natur handelte. Redn. findet in der Literatur nirgends Angaben über eine schneeweiss gefärbte Geschwulst. [Ich habe auf solche vor mehr als acht Jahren aufmerksam gemacht — Centralblatt V, p. 205 — und damals schon ausgesprochen, dass dies Aussehen auf Malignität hindeute. F. S.] Er hält diese Farbe für ein Moment,

das stark für Malignität spricht. Carcinomatöse Wucherungen gerade verursachen in ihrem Beginn gar keine Hyperämie oder entzündliche Erscheinungen der Stimmbänder. [? F. S.]

S. Solis-Cohen (Philadelphia): Bericht über Fälle von Kehlkopftuberkulose und die Erfolge einiger lokalen Mittel: Bromoform, Formaldehyd, Guajacol und Protonuclein.

Redn. theilt eine Reihe von Krankengeschichten mit und rühmt besonders den Gebrauch von Formaldehyd. Seine Methodik ist, den Kehlkopf mittelst eines Sprays von Wasserstoffsuperoxyd zu reinigen und zur Ableitung ein alkalisches Abführsalz zu geben. Das Formaldehyd ist im Handel in 40 proc. Lösung unter dem Namen Formalin zu haben. Eine 10 proc. Formalinlösung entspricht also 4 pCt. Formaldehyd. Redn. cocainisirt erst mit 4 proc. Cocainlösung und reibt dann eine 2—10 proc. Formalinlösung je nach der Toleranz des Patienten und dem Stadium der Erkrankuug ein. Den Husten mildert das Formalin, wie Redn. fand, ebenso wie das Bromoform. Das letztere führt eine gewisse locale Anaesthesie herbei.

Gleitsman macht auf die guten Resultate aufmerksam, die er mit Parachlorphenol erhalten hat. Dasselbe führt eine Schrumpfung und Resorption der Infiltrate herbei, wie sie mit Milchsäure nicht erzielt wird. Für ulcerirte Stellen passt die Milchsäure besser. G. benutzt das Parachlorphenol in 2 proc. Lösung; er setzt derselben zu gleichen Theilen Glycerin zu.

C. C. Rice (New York): Einige ungewöhnliche Erscheinungen der sogen. catarrhalischen Laryngitis.

Redn. spricht folgende Ansichten aus:

1. Es giebt zwei gewöhnliche Typen catarrhalischer Laryngitis; der eine die Folge und in Abhängigkeit von nasaler Verstopfung; der andere von Laryngitis sicca, einer Ausdehnung atrophischer Rhinitis und trockener Pharyngitis nach abwärts. In beiden Zuständen ist der pathologische Vorgang der gleiche vom Anfang in der Nase bis hinab in die Bronchien.

2. Gelegentlich kommen laryngeale Störungen vor, die dem Anschein nach zu dem einen oder anderen dieser Typen gehören, deren bezeichnender Zug aber ist, dass Nase und Rachen in vortrefflichem Zustande sind; oder wenigstens ist die Störung im Kehlkopf weit hochgradiger, als die ähnlich geartete nasale Störung, während gewöhnlich das Umgekehrte der Fall ist.

3. Eine Reihe von Affectionen, die gewöhnlich unter die catarrhalische Laryngitis eingereiht werden, scheint wenig oder gar keine Beziehung zu vorbestehender nasaler oder pharyngealer Erkrankung zu haben. Diese kommen meist bei Sängern und Rednern zur Beobachtung und sind zweifelsohne bedingt durch Ueberanstrengung der Stimme und unzweckmässige Methodik des Athmens und der Tonbildung.

4. Man findet bei diesen:

a) Allgemeine Gewebsatrophie der Weichtheile des Larynx und Pharynx und als Folge davon Coordinationsstörung und allgemeine Muskelschwäche des Kehlkopfs.

b) Dauernde Vergrösserung und gewöhnlich auch Congestion der Epiglottis, während der Larynx im Ganzen normal ist.
c) Dumpfe Stimme („choked voice"), verursacht durch Schwellung der Taschenbänder.
d) Dauernde und vielleicht angeborene Vascularisirung der Stimmbänder.
e) Lokalisirte Congestion einer gewissen Partie des Kehlkopfs, wahrscheinlich in Folge von Ueberanstrengung des Musc. arytaenoideus transversus, möglicherweise auch einer anderen Muskelgruppe.
f) Sängerknoten in Folge falscher Tongebung, heilbar durch richtiges Athmen und Singen.
g) Muskelschwäche mit Heiserkeit oder Aphonie.

5. Für diese verschiedenen Störungen sollten unter Würdigung ihrer Aetiologie geeignete Namen gefunden werden; sie sind mit den Erscheinungen einer einfachen catarrhalischen Laryngitis nicht zusammenzuwerfen.

6. Die locale Behandlung hat nur wenig Werth, wenn nicht für geeignete Athem- und Tongebung Sorge getragen wird.

A. W. de Roaldes (New-Orleans): Ein Fall von unvollständiger Fractur des linken Horns des Schildknorpels in Folge einer Selbstverletzung.

Der Patient, ein 37jähriger Mann, verschluckte einen Olivenkern. Er hatte das Gefühl des im Halse steckenden Fremdkörpers und versuchte, diesen durch gewaltsames Manipuliren am Halse von aussen her zu entfernen.

Die Krankengeschichte schliesst mit einer Darlegung der anatomischen Verhältnisse, die Redn. dazu führen, die Verletzung auf den Schildknorpel und nicht auf das Zungenbein zu beziehen.

H. S. Birkett (Montreal): Perichondritis des Crico-arytaenoid-Gelenks aus ungewöhnlicher Ursache.

Ein junger Mann bekam im Verlaufe von Gonorrhoe entzündliche Gelenkstörungen im Ellenbogengelenk, Knie und in der Schulter der linken Seite. Dazu trat Heiserkeit und Beschwerden beim Schlucken, die auch nur auf der linken Seite des Halses lokalisirt wurden. Die Untersuchung ergab eine oedematöse Schwellung der Schleimhaut über dem linken Crico-arytaenoidgelenk. Die linke Plica ary-epiglottica war nicht geschwollen. Beide Stimmbänder erschienen weiss und normal; links aber war Abduction wie Adduction entschieden verlangsamt gegenüber den Bewegungen der rechten Seite. Der Druck von aussen auf das erkrankte Gelenk war schmerzhaft; die Stimme heiser. Die Behandlung mit Eisaufschlägen brachte grosse Linderung.

Dritter Tag. Samstag, den 16. Mai.

Die Folgen der Syphilis und ihre Behandlung.

C. H. Knight (New York) eröffnete die Discussion und sprach über die Erscheinungen der Syphilis in der Nase und ihre Behandlung.

Redner sagt, dass es nicht in allen Fällen leicht ist, die Späterscheinungen

der Syphilis als solche zu diagnosticiren. Oft wird irrthümlicherweise Sarcom angenommen und ohne Noth die Excision des Oberkiefers angerathen. Die Schwere der Symptome hängt davon ab, ob nur die Weichtheile oder auch die knorpligen und knöchernen Gebilde von der Krankheit ergriffen sind. Die Syphilis ist für zahlreiche Septumperforationen verantwortlich, aber keineswegs für alle. Ist der Knochen miterkrankt, so sind der Therapie zwei Probleme gestellt: 1. ob und wie abgestorbene Knochenstücke zu entfernen sind, und 2. wie die daraus entstehende Deformität auszugleichen ist. Redner empfiehlt bei der Behandlung der Sequester ein conservatives Verhalten; man soll warten, bis dieselben völlig losgelöst und zugänglich sind. Die äussere Deformität durch Zerstörung von Knorpel ist oft gering; ist aber der Knochen zerstört, so sieht man oft schrekliche Entstellungen. Für solche Fälle empfiehlt Redner die von Martin angegebene Platinbrücke.

J. E. Nichols (New York) bespricht die Syphilis des Rachens.

Wie stark die Uvula und die Tonsillen von der Erkrankung angegriffen sind, darauf kommt relativ wenig an; ganz anders aber fallen die Läsionen des weichen Gaumens ins Gewicht. Die Epiglottis kann theilweise oder ganz zerstört sein, ohne dass daraus grössere Störungen resultiren. Adhäsionen zwischen Rachenwand und dem unteren Theil der hinteren Gaumenbögen machen leicht Schluckbeschwerden und beeinträchtigen die Bewegungen der Zunge. Ist der weiche Gaumen in toto mit der Rachenwand verwachsen, so hüte man sich sehr vor allen caustischen Applicationen, die leicht den Zustand noch verschlimmern, den sie bessern sollen. Man gebe systematisch Jod. Bei completer Adhäsion ist der Pat. natürlich zur Mundathmung gezwungen. Die Stimme ist geschädigt und infolge des Narbenzuges an den Oeffnungen der Eustachischen Tuben kommt es leicht zu Complicationen an den Ohren. Es besteht stärkere oder geringere Gefahr der Otitis media; schleimig-eitrige Secrete sammeln sich im Nasopharynx an und es kommt zu Anosmie. Redner bespricht zum Schluss die verschiedenen Mittel, die man zur Lösung der Adhäsionen versucht hat, die Behandlung mit dem Galvanokauter oder dem Messer und die nachfolgende digitale oder instrumentelle Dilatation.

W. K. Simpson (New York) erörtert die Syphilis des Kehlkopfs.

Die tertiären Erscheinungsformen der Syphilis im Kehlkopf sind die chronische Verdickung, der Substanzverlust durch Ulcerationen und Zerfall von Gummiknoten oder durch Perichondritis, das Einsinken der Kehlkopfwandungen durch Zerstörung des Knorpelgerüstes, ferner Ankylose der verschiedenen Gelenke, Lähmungen und verschiedene Deformitäten. Die zwei wesentlichen Symptome sind der Verlust der Stimme und die Kehlkopfstenose. Glatte intralaryngeale Schwellungen können ein darunterliegendes Gumma markiren; daher die Schwierigkeit der Intubation solcher Fälle.

Redner behandelt dann die Schwierigkeit der differentiellen Diagnostik zwischen der Syphilis, Tuberkulose, Rheumatismus und malignen Neubildungen. Ehe Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen sind, halte man sich nie der Diagnose für sicher, wenn auch andere Punkte sehr für Tuberkulose zu sprechen scheinen. Redner belegt diese Warnung mit lehrreichen Krankengeschichten.

Auf die Behandlung übergehend bespricht Redner den Gebrauch von Jod und Quecksilber, allein oder mit einander combinirt, und erwähnt die neueren Mittheilungen von Irsai, der intramusculäre Sublimatinjectionen an der Stelle der Läsion selbst empfiehlt. Liegt keine Stenose vor, so reicht diese allgemeine Behandlung aus. Bei bestehender Stenose dagegen ist eine mechanische Behandlung nothwendig, die Tracheotomie oder irgend eine Form der Dilatation. Redn. erwähnt die unzureichenden Erfolge der Behandlung mit dem Schrötter'schen Instrumente. Erst seit die O'Dwyer'sche Tube zu unserer Verfügung stehe, wissen wir, welche Toleranz der Kehlkopf in diesen Fällen gegenüber der lange fortgesetzten Druckeinwirkung hat. Diese ist der Hauptfactor der Heilung. Der Druck des Intubationsrohrs regt ohne Zweifel die Resorption der Infiltrate an und arbeitet der Tendenz der Strictur zum Recidiviren entgegen.

E. Fletcher Ingals sah syphilitische Ulcerationen des knorpligen Septums allein nur selten; meist ist das knöcherne Septum mitergriffen. Von den Perforationen des ersteren sind wahrscheinlich nicht mehr als 10pCt. syphilitisch. Wenn man Jod bei tertiärer Lues giebt, soll die Dosis allmälig bis auf das Maximum gesteigert und ebenso allmälig heruntergegangen werden; dann steigt man wieder an und so fort. Auf diese Weise werden die grossen Mengen des Mittels, die oft nöthig sind, eher vertragen.

A. W. de Roaldes (New York): Ein Fall von Fibrochondrom branchialen Ursprungs oder sog. überzähligem Ohr, entfernt aus dem Halse eines 6 Wochen alten Kindes.

Die Familienanamnese ergab nichts Besonderes. Unmittelbar nach der Geburt des Kindes wurde ein eigenartiges Geräusch bei der Athmung festgestellt. Die Untersuchung des Halses ergab das Vorhandensein einer Geschwulst. Die äusseren Ohren des Kindes sahen normal aus. Beim Schreien schien der Tumor von hinter dem Gaumen her herabzutreten. Seine Oberfläche war hautartig (keine Schleimhaut). Der Nasenrachenraum schien frei zu sein. Die Geschwulst setzte sich, wie festgestellt wurde, an dem linken hinteren Gaumenbogen an. Sie wurde mittelst Evulsion entfernt. Der Tumor enthielt knorplige Theile und glich im allgemeinen einem überzähligen Ohr. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte, dass die äussere Bedeckung des Tumors alle histologischen Elemente echter Haut enthielt. Ferner fand sich Fett und bindegewebige Partien, so dass die Diagnose auf ein Chondrofibrom branchialen Ursprungs gestellt wurde.

Henry L. Swain (New Haven): Acute Erkrankung der Zungentonsille.

Redn. ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass eine acute Entzündung der Zungentonsille nicht so selten die Ursache von Symptomen ist, die auf andere Theile des Halses bezogen werden, einfach weil die letzteren häufiger Sitz von Erkrankung und dem Einblick zugänglicher sind. Redn. beschreibt die Symptome der verschiedenen Arten von Entzündung der Zungentonsille. Er unterscheidet drei Formen der Krankheit, die einfache Entzündung, die folliculäre und die peritonsilläre. Die Symptome sind im allgemeinen dieselben wie bei anderen acuten

Affectionen des Halses, ein wenig modificirt durch die Localisation des Krankheitsherdes. Sind die tieferen Gewebe miterkrankt, dann gestalten sich die Symptome schwerer. Die Epiglottis und selbst die Glottis kann ergriffen werden. Dann kann eine Gefährdung des Lebens wohl eintreten und selbst die Tracheotomie notwendig werden.

Was die Therapie anlangt, so empfiehlt S. Application von Boroglycerin, danach ein Tanninpulver mit Zusatz von etwas Morphin. Heisse Gurgelungen sind ein werthvolles Hilfsmittel. Eine systematische Behandlung wie bei den gewöhnlichen Formen von Tonsillitis ist angezeigt. Redn. giebt zum Schluss eine einschlägige Krankengeschichte.

Thomas Hubbard (Toledo): Zur Behandlung der einfachen acuten Laryngitis und Bronchitis.

Redn. macht auf die wesentlichen Züge der acuten Entzündung im mittleren Respirationstractus aufmerksam. Die bronchiale Hyperämie mit stärkerer oder geringerer Schwellung führt eine Verdichtung der cellulären Elemente herbei. Die gleiche Zahl von Epithelzellen drängt sich auf einen kleineren Raum zusammen, in dem Maasse als das Caliber des Luftrohres verringert ist. Dies ist ein Grund, warum es so schwierig ist, den Schleimabfluss wieder in Gang zu bringen; die Drüsenausführungsgänge sind durch diesen Vorgang comprimirt und verschlossen. Es kommt zu einer Retention des Schleims; derselbe wird sauer und bildet dann einen Reiz, mag er nun in der Schleimhaut oder auf ihrer Oberfläche liegen. Die erste Indication ist daher, den Schleimfluss wieder herzustellen. Das beste Expectorans für diesen Zweck ist das Apomorphin, das 2—4 stdl. in Dosen von 0,002 gegeben wird.

Th. Hubbard (Toledo): Squamöses Epitheliom des Gaumensegels, geheilt durch Injectionen von Kali causticum.

Der Pat. hatte seit länger als einem Jahre durch eine platte, tafelartige Geschwulst zu leiden, die zum Theil am Gaumensegel, zum Theil am rechten vorderen Gaumenbogen sass. Alle internen und localen Behandlungsversuche waren fehlgeschlagen. Mittelst einer gebogenen Platincanüle wurden Injectionen von Kalilauge in den Tumor gemacht und dadurch ein konisch gestaltetes Stück desselben zerstört. Sobald epitheliale Granulationen am Rande sich zeigten, wurden die Injectionen in geringerer Menge wiederholt. Die Vernarbung und die Besserung des Allgemeinbefindens war eine sehr schnelle. [War die Geschwulst mikroskopisch untersucht worden? Red.]

A. A. Bliss (Philadelphia): Sarcom der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Fall 1 betrifft ein 4jähriges Kind, das hereditär nicht belastet war. Das Antrum wurde eröffnet und mit einer fungoiden Masse erfüllt gefunden. Die orbitale Wand war intact. Der postnasale Raum, in den die Geschwulst sich erstreckte, wurde mit dem Finger und der scharfen Zange freigemacht. Die Blutung war erheblich, so dass mit Jodoformgaze tamponirt werden musste. Ein Recidiv trat nicht ein; doch nach 6 Wochen waren die Drüsen unter dem Kiefer geschwollen

und es stellten sich Symptome von Seiten der Lungen und des Cerebrum ein. Der Tod durch Erschöpfung erfolgte 6 Wochen später.

Fall 2 betrifft einen 9jährigen Knaben. Es bestand Verstopfung der linken Nasenseite, Schwellung der Halsdrüsen und Exophthalmos. Bis vor 3 Wochen war der Knabe gesund gewesen. Jetzt war sein Allgemeinzustand so schlecht, dass die Operation nicht für rathsam erachtet wurde.

Folgende Vorträge, über die an anderen Stellen in dieser Nummer berichtet ist, kamen dann noch zur Verlesung:

Carl Seiler (Philadelphia): Gedanken zur Prophylaxe des Nasencatarrhs (vgl. p. 177).

J. W. Farlow (Boston): Ein Fall von Myxoedem des Rachens (vgl. p. 182).

Samuel Johnston (Baltimore): Trachealstenose (vgl. p. 203).

Wm. Porter (St. Louis): Erysipel der Luftwege (vgl. p. 184).

S. O. Vander Poel (New York): Beobachtungen über Kehlkopftuberculose (vgl. p. 196).

In der Sitzung des Geschäftscomités wurden folgende Herren als active Mitglieder aufgenommen: G. V. Woolen (Indianopolis), Emil Mayer (New York), Ward (Pittsburg), T. Melville Hardy (Chicago), W. F. Chappell (New York).

In den Vorstand für das folgende Jahr wurden gewählt:

Vorsitzendet: C. H. Knight (New York).
Erster Vicepräsident: T. Morris Murray (Washington).
Zweiter Vicepräsident: D. N. Rankin (Alleghany).
Secretär und Schatzmeister: H. L. Swain (New Haven).
Bibliothekar: J. H. Bryan (Washington).

Der nächste Congress wird in Washington abgehalten werden in Verbindung mit dem Triennial Meeting of the Association of American Physicians.

Lefferts.

III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Einer uns soeben zugegangenen Mittheilung des Vorsitzenden des internationalen Executivcomités, Dr. Schmiegelow, entnehmen wir mit Freuden, dass die Stadtverordnetenversammlung von Kopenhagen einen Platz für das Meyer-Denkmal gewählt hat. Derselbe befindet sich auf einem Boulevard in der Nachbarschaft des Taubstummenhospitals und dicht an der „Langelinie“ die jedem Besucher Kopenhagens bekannt ist. Die Fertigstellung und Enthüllung des Monuments soll im Sommer 1898 zu erwarten sein.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, Mai. 1897. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente etc.

1) **A. Maclennan. Bericht über einige Fälle von Athemstillstand während der Chloroformnarkose, behandelt mittelst Tracheotomie. (Report of some cases of stoppage of respiration during chloroform anaesthesia treated by tracheotomy.)** *Brit. Med. Journ. 21. November 1896.*

3 Fälle von Aussetzen der Athmung in der Chloroformnarkose, bei denen die künstliche Athmung nichts half, bis die Tracheotomie gemacht war. Als Ursachen des Athemstillstandes sieht Verf. an: 1. Secretanhäufung im Larynx, 2. Glottiskrampf, 3. Oedem des Larynx u. a. m. ADOLPH BRONNER.

2) **C. W. Ingraham. Cocain auf die Nasenschleimhaut applicirt als specifisches Mittel bei Nausea. (Cocaine applied to the mucous membrane of the nostrils a specific for nausea.)** *Americo Medico-Surgical Bulletin. 15. August 1896.*

Verf. applicirt eine 2 proc. Lösung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

3) **Ficano. Cocainvergiftung bei nicht toxischer Dosis. (Avvelenamento per cocaina in dose non tossica.)** *Boll. Mal. dell'Or. 1896. No. 2.*

35jähriger, kräftiger, an einfacher, chronischer Laryngitis leidender Mann wird ein einziges Mal mit einer 3 proc. Cocainlösung gepinselt. Er fing sofort an blass zu werden; nach einigen Minuten wurde er ohnmächtig; Puls fast unfühlbar; Pupillen sehr erweitert; Hornhaut unempfindlich; Respiration erschwert. In diesem Zustande verblieb Pat. eine Viertelstunde. Es blieb eine Stunde anhaltender Schwindelzustand mit Magenbeschwerden und allgemeiner Mattigkeit zurück. TOTI.

4) **J. H. Martindale. Das Cocain in der Nasenchirurgie; seine Anwendung und seine Gefahren. (Cocain in nasal surgery its use and dangers.)** *Northwestern Lancet. 1. Juli 1896.*

Verf. berichtet über 23 Fälle, bei denen er Angewöhnung von Cocain nach dessen Anwendung in der Nase beobachtete. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **Redaction. Bemerkung. Cocain-Zufälle. (Cocaine accidents.)** *The Laryngoscope. December 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **Leguen** (Paris). **Locale Anästhesie durch Eucain. (De l'anesthésie locale par l'eucaine.)** *Association franç. des urologistes. October 1896.*

Verf. hat zur localen Anaesthesirung statt des Cocains das Eucain benutzt; die Technik ist dieselbe wie beim Cocain. Die anästhesirende Fähigkeit des Eucains ist die gleiche, wenn nicht eine höhere, seine Giftigkeit geringer. Das Eucain ist weniger zersetzlich, die Lösungen können durch Kochen sterilisirt werden.

PAUL RAUGÉ.

7) **Hugo Zwillinger. Ueber das Eucainum hydrochloricum, ein neues localanästhetisches Mittel, in der Rhino- und Laryngologie. (Az eucainum hydrochloricumról mint, iy helyi érzéstelenitö szerröl az orr es gégegyógyászatban.)** *Gyógyászat. 1896. No. 43. Pester med. chir. Presse. No. 44 u. 45. 1896.*

Z. kommt auf Grund seiner Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Die zwei-, fünf- hauptsächlich aber die zehnprocentigen wässerigen Lösungen des Eucains, auf die Schleimhaut der Nase, des Rachens, oder des Kehlkopfes gebracht, erzeugen an den betreffenden Stellen eine Unempfindlichkeit in solchem Grade, dass daselbst wie immer geartete operative Eingriffe ausgeführt werden können, ohne Schmerzen zu erzeugen.

2. In einer Quantität, welche genügt, die Schleimhaut zu anästhesiren, ist das Mittel vollkommen unschädlich.

3. Die Verwendbarkeit des Mittels auf dem Gebiete der Nasen- und Halskrankheiten wird beschränkt durch den Reiz, welchen dasselbe in den wässerigen Lösungen, selbst seines aus wässeriger Lösung dargestellten Präparates, auf die Schleimhaut ausübt, und die wenn auch geringe Hyperämie, welche es verursacht.

v. NAVRATIL.

8) **Geronzi** (Rom). **Das Guajacol als Anästheticum. (Il Guaiacolo come anestetico.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 3.*

G. hat das Guajacol als Ersatzmittel an Stelle des Cocains in der Halsklinik erprobt. Zuerst wandte er es nach der Vorschrift Lermoyez's an, aber es stellte sich heraus, dass das Mittel mit dem Nasenschleim eine Art „Emulsion" eingeht, und Patienten und Arzt beschmutzt. Er wählte daher eine Lösung von 2 g Guajacol in ana 15 g Wasser und Alkohol. Die Resultate waren folgende: Bei Nasenoperationen wurde eine genügende Anästhesie, mit derjenigen des Cocains vergleichbar, in 10—15 Minuten erzielt. Aehnliche Resultate wurden bei Rachenoperationen erzielt. Im Kehlkopf dagegen wurde nie eine solche anästhesirende Wirkung erlangt, welche auch nur die Einführung von Instrumenten erlaubt hätte. G. tröstet sich mit der Hoffnung, dass es möglich sein wird, eine neue Formel zu finden, welche die anästhesirende Wirkung des Guajacols auch der Kehlkopfchirurgie zu Nutzen zu machen erlaubt. — Das Mittel wird entweder durch Wattebäusche oder durch Zerstäubung auf die Schleimhautfläche gebracht.

TOTI.

9) **Vacher. Demonstration von Instrumenten. (Présentation d'instruments.)** *Bull. et mém. d. l. soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Verf. legt ein Instrument zur Zerstückelung der Tonsillen, eine retronasale Canüle, ein Nasenspeculum, Ohrenspecula u. a. m. vor. E. J. MOURE.

10) **Frank C. Todd. Ein Apparat zum Erhitzen und Heiss-Erhalten der Lösungen zum Nasen- und Hals-Spray. (A device for heating and keeping hot solutions for spraying the nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 5. December 1896.*

Beschreibung eines Wasserkochers, dessen drehbarer Deckel 7 Oeffnungen trägt, auf denen die Davidson'schen Spray-Fläschchen Platz finden.

LEFFERTS.

11) . . . **Zephyron. (Zephyron.)** *Lancet. 18. April 1896.*

Eine kleine Vulcanit-Röhre mit elastischem Ball zur langsamen Verbrennung von Strammonium, Lobelia und ähnlichen Pulvern (Abbildung). Zu beziehen von Maw, Son und Thompson. ADOLPH BRONNER.

12) . . . **Luftpistole als Insufflator. (Compressed air-pistol insufflator.)** *Brit. Med. Journal. 17. September 1896.*

Die Luft in einem Glaskölbchen ist mittelst eines elastischen Ballons comprimirt; so wie man einen Drücker berührt, wird sie frei. Der Beschreibung ist eine Abbildung des bei Slaten, Portman Square, zu beziehenden Instrumentes beigegeben. ADOLPH BRONNER.

13) **Arbuthnot Lane. Verbesserter Nadelhalter. (Improved needle holder.)** *Lancet. 10. October 1896.*

Langer dünner Halter, speciell geeignet zur Operation von Gaumenspalten bei Kindern; angefertigt von Down, St. Thomas Street, London (Abbildung).

ADOLPH BRONNER.

14) **Redaction. Bemerkung. Zungenspatel in Krankenhäusern. (Tongue depressers in dispensaries.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 16. Mai 1896.*

Die gewöhnlichen Metallspatel, die man aus Mangel an Zeit doch nicht nach jeder Untersuchung gründlich sterilisirt, werden verworfen und dafür einfache Holzspatel empfohlen, die nach Gebrauch bei einem Patienten fortgeworfen werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **Böhm** (Barmen). **Zwei Beleuchtungs-Apparate des Halses zur Beseitigung der Infectionsgefahr bei Diphtherie durch den Esslöffel.** *Der prakt. Arzt. 6. 1896.*

B. schreibt dem vom Arzte oder vom Pfleger oft benutzten Esslöffel eine Rolle als Infectionsträger zu. Die von ihm angegebenen Apparate bestehen aus einem Lichtbehälter (Kerzenlicht), an welchen sowohl ein Reflector als ein Glasspatel angesteckt werden kann. Der für den Arzt und der für das Pflegepersonal bestimmte Apparat ist nur verschieden in der Grösse. (Will man dem Esslöffel eine Rolle als Infectionsträger zuschreiben, so braucht man anstatt solcher immer-

hin complicirter Apparate nur Holzspatel zu nehmen, die nach dem Gebrauch sofort ins Feuer geworfen werden.) SEIFERT.

16) **Samuel Kohn. Der Werth der Digital-Untersuchung für die Diagnose und Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. (Upon the importance of digital examination in the diagnosis and treatment of diseases of the throat and nose.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Januar 1896. Med. Record. 18. April 1896.*

Verf. empfiehlt die sorgsame Abtastung des Schlundes und Nasopharynx, nach gründlicher Desinficirung der Hand, als werthvolle Unterstützung der instrumentellen Untersuchung. Der bis an die hintere Rachenwand eingeführte Zeigefinger palpirt vorsichtig die Mandeln, den Nasenrachen und wohl auch den tieferen Rachen bis zum oberen Theil des Larynx ab und fühlt dabei mancherlei Veränderungen, die dem Auge entgehen. Das Auge nimmt nur die Bildungsveränderungen wahr, es sieht die Vergrösserung der Mandeln, die Schwellung der Epiglottis, Aryknorpel etc.; der Finger giebt Rechenschaft, ob es sich um ein fest organisirtes Bindegewebe oder um ein weiches Granulationsgewebe handelt. Daraus lässt sich z. B. bei der Mandelhypertrophie ein Wink ziehen, ob für die Operation des betreffenden Falles die Guillotine oder die Schlinge geeigneter ist; harten bindegewebigen Tonsillen gegenüber ist die Gefahr späterer Blutung grösser bei Anwendung des Amygdalotoms als bei Benutzung der kalten oder heissen Schlinge. — Oder beispielsweise das Auge sieht eine Schwellung am Rande des hinteren Gaumenbogens entlang nach unten verlaufen; der palpirende Finger erweist, dass diese Schwellung hart und starr ist und führt dadurch die Diagnose auf incipiente maligne Erkrankung. Die Schwellung der submaxillären Lymphdrüsen, die ebenfalls durch die Palpation nachgewiesen wird, sichert diese Diagnose. — Von grosser Bedeutung ist die Palpation bei Verdacht auf Retropharyngealabscess, man fühlt die Fluctuation. — Das Vorhandensein adenoider Vegetationen erkennt man mittelst Palpation auch in den Fällen, in denen die hintere Rhinscopie nicht möglich ist. Ist die Masse weich, pulpös, leicht abschabbar, so kann man wohl auch an die Untersuchung sofort die Auskratzung mit dem Finger anschliessen. — Werth hat die Palpation fernerhin für die folliculäre Tonsillitis, für die Tonsillitis suppurativa und den hinter der Tonsille localisirten Abscess. — Fremdkörper sind oft fühlbar, wenn man sie nicht sehen kann. — Die Nasenkrankheiten bieten kein so reiches Feld für die Verwerthung des Tastsinns. Der Autor erwähnt aber einen Rhinolithen, den er mit dem Zeigefinger entfernen konnte, nachdem er dies mit Instrumenten vergeblich versucht hatte.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **J. Boulai. Untersuchungen über die venösen Gefässe der Nasenschleimhaut. (Etude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse nasale.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Die Nasenschleimhaut kann nicht aus einem erectilen Gewebe gebildet sein,

denn ein solches ist nicht vorhanden. Die Venen, die man sehr zahlreich antrifft, haben eine starke Muskelschicht, aber fibröse Bündel oder Muskelzüge zwischen den Gefässen, die Trabekel bildeten, wie man dies bei wirklichen Schwellkörpern sieht, sind nirgends vorhanden. Die Turgescenz, die man an der Nasenschleimhaut beobachtet, ist danach die Folge einer Gefässparese mit daraus resultirender Blutstase. A. CARTAZ.

18) **Fritz Danziger. Untersuchung über die Luftbewegung in der Nase während des Athmens.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 7. 1896.*

D. kam zu dem Resultate, dass der Bau der Nase und des Rachens die Richtung des Luftstromes beeinflusst, dass also der Weg bei jedem Individuum ein anderer ist und nur gewisse Typen aufgestellt werden können; die Art des Naseneinganges habe natürlich auf die Inspiration einen Einfluss, während die Rachenverhältnisse nur bei der Exspiration für die Richtung des Luftstromes von Bedeutung seien. Im Allgemeinen könne man drei Haupttypen unterscheiden; steht die Nasenspitze horizontal, so steigt wie Franke richtig angiebt, der Luftstrom bogenförmig dem Naseninnern entlang auf, berührt die mittlere Muschel, um über das Ende der unteren Muschel in den Rachen zu gelangen. Bildet das Septum mit der Oberlippe einen spitzen Winkel, dann geht der Strom dicht am Nasenrücken und Nasendach entlang, um bogenförmig in die Choane zu strömen, dann kommt die mittlere Muschel und der oberste Nasengang mit dem Strom in Berührung, der Bogen ist steiler. Ist der Winkel zwischen Septum und Oberlippe ein stumpfer, dann bewegt sich der Hauptstrom zwischen Septum, unterem Nasenboden und unterer Muschel; einmal bestrich der Luftstrom auch die oberste Muschel. D. möchte deshalb an der Eintheilung der Nase in eine Regio respiratoria und Reg. olfact. im Gegensatz zu Franke festhalten. SCHECH.

19) **Dunn** (Richmond). **Ueber das Wachsthum von Aspergillus glaucus in der menschlichen Nase** (übersetzt von Schröder in Rostock). *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXIX. 1. u. 2. Heft. 1896.*

Bei einem Pat. wurde an dem nach hinten gelegenen Theile des Septums eine Aetzung mit Chloroform vorgenommen. Nach 14 Tagen erschien der Schorf bedeckt mit einer bräunlich gelben Substanz, ähnlich dem Schimmel, wie man ihn auf Fruchtgelée sieht. Die mikroskopische Untersuchung dieser Substanz ergab, dass es sich um Aspergillus glaucus handelte. Ein Recidiv der Pilzwucherung nach Entfernung des Schorfes stellte sich nicht ein. SEIFERT.

20) **Zwillinger. Fremdkörper 8 Monate lang in der Nase, fötid-eitriger Ausfluss, Asthma.** *Monatsschr. f. Ohrenh. 1. 1896.*

Der Fremdkörper war ein aus Vergessenheit liegen gebliebener Tampon, das Uebrige besagt der Titel. SCHECH.

21) **Gérard. Fremdkörper in der rechten Nasenhöhle. (Corps étranger dans la fosse nasale droite.)** *La Policlinique. No. 2. 1896.*

G. machte vermittelst zweier von ihm erfundener Instrumente „eines Magnetometers“ und einer „Inductionswaage“ die Diagnose: „Stahldraht von der Dicke

zu mindesten eines halben Millimeters gebogen, mit einer Distanz seiner beiden Enden von 45 mm, unbeweglich". Dr. Jauquet machte die Extraction des Fremdkörpers, welcher einen Eisendraht von $^4/_{10}$ mm darstellt, eine Länge von 110 mm hat und dreifach gebogen ist, wie man voraussagte. BAYER.

22) **Gerber. Zwei seltenere Fälle aus der rhinologischen Praxis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage 25.*

Fall von Nasenstein bei einer Dame. Fall von excessiver Hypertrophie der Rachenmandel. LANDGRAF.

23) **J. A. Stucky. Nasenstein von 76 g Gewicht bei einem 10 jährigen Kinde. (Rhinolith weighing 76 grams in a child 10 years of age.)** *The Laryngoscope. August 1896.*

Der Stein konnte durch das Nasenloch nur stückweise, nachdem er zertrümmert war, entfernt werden. Derselbe hatte die nasale Wand der Highmorshöhle durchbrochen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Polo. Demonstration eines Nasensteins bestehend aus Phosphaten mit Einschluss eines Kirschkerns. (Présentation d'une rhinolithe phosphatique formée sur un noyau de cerise.)** *Rev. hebdom. de laryngolog. No. 33. 15. August 1896.*

P. glaubt, dass alle Nasensteine einem Fremdkörper ihren Ursprung verdanken. E. J. MOURE.

25) **J. F. Rickenbach. Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase; Krankengeschichten. (Report of cases. Removal of foreign body from nose.)** *Pittsburg Med. Review. August 1896.*

34 jährige Dame, die so lange sie zurück denken konnte, über Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte klagte; dabei Blutung und übelriechender Ausfluss aus der Nase. Die Entfernung eines in kalkige Massen eingebetteten Pflaumensteins brachte Heilung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **F. Janatka** (Prag). **Rhinopharyngolith.** *Wiener klin. Rundschau. No. 38. 1896.*

Ein Knabe hatte als einjähriges Kind einen Fingerhut angeblich verschluckt, doch ging letzterer weder durch Erbrechen noch im Stuhle ab. Seit jener Zeit litt er an heftigem Schnupfen und widerlichem Geruche aus Mund und Nase, athmete und sprach mit offenem Munde. Schwerhörigkeit stellte sich ein. Verf. fand bei der Untersuchung des nunmehr 9 jährigen Knaben einen harten Tumor im Nasenrachenraum, den er in Bromaethylnarkose extrahirte. Der Tumor erwies sich als ein Theil der hypertrophischen Pharynxtonsille mit dem unter dem Einflusse der Zeit entsprechend veränderten und zerstückelten Fingerhut. Ueber die Art, wie der Fremdkörper dahin gelangen konnte, giebt Verf. die Erklärung, dass der in den Rachen gelangte Fremdkörper einen Niesakt auslöste, wobei er in den Nasenrachenraum geschleudert wurde. Die Symptome, wie der widerliche Geruch, der eitrige Catarrh, ein Decubitus am weichen Gaumen, die Schwerhörigkeit u. s. w.

lassen sich unschwer aus der Grösse des Fremdkörpers und dessen langem Verweilen an jenem Orte genügend erklären. CHIARI.

27) **Chiucini** (Rom). **Ueberzähliger Zahn in der Nase. (Dente sopronnumerario nel naso.)** *Arch. d'otologia. 1896. No. 3.*

Der Zahn war für einen Knochensequester gehalten und extrahirt worden, bis sich nach genauer Untersuchung zeigte, um was es sich handelte. Er kam aus dem Boden der rechten Nasenseite, in der Gegend des Querfortsatzes des Gaumenknochens. TOTI.

28) **Alexander W. Mac Coy. Studien über den Durchbruch von Zähnen in die Nasenhöhle. Eine Zusammenstellung der bisherigen Beobachtungen nebst Bericht über neue Fälle. (A study of irruption of the teeth into the nasal chambers. A resumé of reported cases and a report of additional cases.)** *N. Y. Med. Journal. 26. December 1896.*

Verf. giebt ausführliche Krankengeschichten. Nur die Fälle von Durchbruch eines Zahnes in die Nase selbst sind berücksichtigt. Zahlreiche interessante Fälle von Durchbruch von Zähnen in die Highmorshöhle, Bildung zahnhaltiger Cysten in der Orbita etc., die sich in der Literatur finden, hat Verf. nicht aufgenommen. Vergleiche auch den Verhandlungsbericht des 18. Congresses der Americ. Laryngol. Association (dieser Band S. 225). LEFFERTS.

29) **Collier. Ursachen nasaler Verstopfung. (Etiologie de l'obstruction nasale.)** *La Pratique medicale. No. 16 u. 17. 22. u. 29. April 1896.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

30) **Boulay. Die Ursachen der Nasenverstopfung bei Kindern. (Des causes d'obstruction nasale chez les enfants.)** *Revue des malad. de l'enfance. März und April 1896.*

Verf. weist darauf hin, dass die adenoiden Vegetationen nicht die einzige Ursache der Nasenverstopfung in jugendlichem Alter sind, sondern dass dieselbe durch verschiedenartige nasale Processe bedingt sein kann (Fremdkörper, Verbildungen des Septum, traumatische Perichondritis der Nasenscheidewand, Synechien, Schleimpolypen, fibro-mucöse Tumoren). LUC.

31) **J. S. Mabon. Obstruirende Krankheiten der Nasenhöhle. (Obstructive diseases of the nasal cavity.)** *Pittsburg Med. Review. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

32) **E. L. Vansant. Ein Fall von Nasenverstopfung. (A case of nasal obstruction).** *Philadelphia Polyclinic. 28. November 1896.*

Klinische Vorlesung mit Vorstellung eines Kranken.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

33) **Ripault. Doppelseitige Nasenstenose durch Exostosen auf hereditär syphilitischer Basis (Stenose nasale double par exostose due à la syphilis héréditaire.)** *Annales des malad. de l'or. etc. No. 9. September 1896.*

Der Fall betrifft ein 13jähriges Kind. Die knöcherne Geschwulst ragte gleich-

zeitig nach aussen und in die Nasenhöhle vor. Sie hatte zu vollständigem Verschluss der Nase geführt und wurde mittelst Hammer und Meissel nach Zurückklappen der Nase durch Lösung des Nasenbeins entfernt. Zwischen dem Eingriff rechts und links lagen 12 Tage. E. J. MOURE.

34) **Liebe. Angeborene Verwachsung der Nasenöffnungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 4. 1896.*

Der Patient hatte früher an Rhachitis gelitten und zeigte die charakteristischen Veränderungen des Oberkiefers — Spitzbogenwölbung mit Anomalien der Zähne, welche Liebe nicht auf Rhachitis sondern mit Körner auf die Verstopfung der Nase zurückführt. Durch Operation konnte das eine Nasenloch auf Bleistiftstärke erweitert werden. SCHECH.

35) **Escat. Die angeborene Verengerung der Nase und des Nasenrachens. (De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx.)** *Bulletin et mém. d. l. soc. franç. de laryngologie. p. 44. Paris. Rueff édit. 1896.*

Es handelt sich um eine echte Degenerationserscheinung, um das Zusammentreffen von adenoiden Wucherungen mit Veränderungen im Knochengerüst und psychischen Störungen. Die Ursache derselben ist eine angeborene Stenose der Nasenpassage und des Nasopharynx mit Deformirung des Thorax, Athem-, Gehör-, Stimm-, Intellect- u. a. Störungen. Oft ist das Leiden hereditär, neuropathischen Ursprungs und unheilbar. Verf. giebt 3 Krankengeschichten. E. J. MOURE.

36) **E. Baumgarten. Echte und falsche Choanenverschlüsse.** *Monatsschrift f. Ohrenh. No. 1. 1896.*

B. nennt echte Choanenverschlüsse nur diejenigen totalen oder partiellen, knöchernen oder membranösen oder gemischten Verschlüsse, welche in der Ebene der Choanen liegen und nur diese verschliessen; falsche Choanenverschlüsse sind hingegen jene, welche membranöser Natur sind und nur nebenbei den oberen Antheil der Choanen verschliessen. B. theilt dann einen Fall angeborenen knöchernen Verschlusses der rechten Nase bei einem 9jährigen Mädchen und zwei Fälle falschen Verschlusses bei einer 40jährigen und einer 30jährigen Frau mit.

SCHECH.

37) **J. A. Stucky. Conservative Behandlung gewisser Formen von Nasenverstopfung. (Conservative treatment of some forms of nasal obstruction.)** *Louisville Med. Monthly. November 1896.*

Verf. arbeitet lieber mit Säuren oder dem Electrocauter und schneidet aus, wenn dies absolut nothwendig ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

38) **Arthur W. Watson. Die Friction bei der Behandlung von nasalen Synechien. (The use of friction in the treatment of nasal synechiae.)** *Philadelphia Polyclinic. 7. November 1896.*

Die Verwachsungen werden getrennt und soweit als möglich abgetragen. Dann folgt die Friction mit festen Wattebäuschchen, durch welche die überschüssigen Granulationen abgerieben werden, die Basis geglättet und wahrschein-

lich auch ein Einfluss auf die Circulation in dem Sinne ausgeübt wird, dass die entzündlichen Producte besser resorbirt werden. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

39) **Castex** (Paris). **Mittheilungen zur Nasenchirurgie. (Documents pour la chirurgie du nez.)** *Association franç. de Chirurgie. 21. October 1896.*

Unter dem Namen Rhinotomia transversalis inferior beschreibt Verf. eine Operationsmethode, die ein breites Eingehen in die Nase für alle tiefen Eingriffe daselbst gestattet (bei Septumdeviationen, Spinen, Rhinosclerom u. a. m.)

1. Phase: Loslösung der Nasenflügel und des untersten Theiles des Septums durch einen horizontalen Schnitt zwischen Nase und Oberlippe.

2. Phase: Ablösung der Scheidewand von ihrem unteren Ansatz durch Schnitt von vorn nach hinten mittelst Scheere oder Messer. Der weiche Theil der Nase kann nun aufgehoben werden und beide Nasenhöhlen sind für Blick und Eingriff weit zugänglich. Die Narbe, die noch in den Schatten der Nase fällt, ist kaum sichtbar. PAUL RAUGÉ.

40) **E. Mayer. Die Schleimhaut der Nase und ihre Berücksichtigung bei intranasalen Operationen. (The nasal mucous membrane — a plea for the greater care of it in intra-nasal operations.)** *N. Y. Med. Journal. 13. Juli 1896.*

Vorf. erörtert die anatomischen Verhältnisse der Nasenschleimhaut und betont, wie wichtig es ist, so viel als möglich von derselben bei Nasenoperationen zu erhalten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **E. R. Lewis. Wann ist die intranasale Chirurgie nicht indicirt? (Intranasal surgery — when not?)** *Indiana Med. Journal. August 1896.*

Nicht — in Fällen von Nasencatarrh, sogen. Heufieber, Asthma und einer langen Reihe von Störungen, die häufig auf nasalen Ursprung zurückgeführt werden.

Niemals zur Heilung der Krankheit, sondern nur zur Beseitigung einer Complication.

Nie, ohne dass eine sorgfältige Untersuchung stattgefunden hat und ohne dass Anamnese und Befund eine klare und offenbare Indication geben.

Niemals, ohne dass andere und vielleicht bessere Behandlungsmethoden versucht sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **S. Q. Richey. Steckenpferde und Gewohnheiten unserer Chirurgen (The fads and fashions of surgery.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1896.*

Verf. verurtheilt die gewohnheitsmässige Excision oder Cauterisation hypertrophirter Nasenmuscheln. Auch von der Entfernung der Tonsillen oder der adenoiden Vegetationen hält er nicht viel. FROTHINGHAM (LFFFERTS).

43) **Wm N. Porteous. Die Anwendung von Chromsäure bei den Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. (The use of chromic acid in diseases of the nose and nasopharynx.)** *Northwestern Lancet. 1. Juli 1896.*

Verf. hat öfters nach lokaler Anwendung des Mittels toxische Symptome

gesehen, besonders acute Nephritis. Ein Patient ging an dieser Complication sogar zu Grunde. Der Urin dieses Patienten war 3 Tage vor dem Chromsäuregebrauch untersucht und gesund befunden worden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **James Wilson. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens, in denen der Galvanokauter indicirt ist; mit besonderer Beziehung auf die Muschelhypertrophie als eine Ursache von Taubheit, Ohrenklingen, Kopfschmerz, chronischem Husten, Gesichtsneuralgie u. s. w. (On diseases of the nose and nasopharynx in which the galvanocautery is applicable: with a special bearing on turbinal hypertrophy as a cause of deafness, tinnitus, headache, chronic cough and frontal neuralgia etc.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1896.*

Der Verf. stellt die Ansichten verschiedener Specialisten über die Beziehung von Muschelhypertrophie und Taubheit zusammen; auf Grund seiner eigenen Erfahrungen betont er nachdrücklich, dass diese Hypertrophie eine der gewöhnlichsten Ursachen von Taubheit sei. Was den Kopfschmerz anlangt, der gewöhnlich in der Stirn sitzt und durch Hypertrophie der mittleren Muschel mit Druck auf das Septum bedingt ist, so sah Verf. nach geeigneter Behandlung in 60—70 pCt. der Fälle Heilung auftreten. In therapeutischer Beziehung zieht er die galvanokaustische Methode der blutigen Operation (Turbinotomie) bei Weitem vor.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

45) **J. E. Shadle. Neue Schlingen für postnasale und intranasale chirurgische Eingriffe. (New snares for postnasal and intranasal surgical operations.)** *N. Y. Med. Record. 25. Juli 1896.*

Beschreibung und Abbildung von 2 Instrumenten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Samuel Goldstein. Modificirte Nasenschlinge. (A modified nasal snare.)** *N. Y. Med. Journal. 12. December 1896.*

Eine Verbesserung des Sajous'schen Instrumentes. LEFFERTS.

47) **John C. Lester. Eine Schnabelscheere für die Nase. (A hawkbill nasal scissors.)** *N. Y. Med. Journal. 5. September 1896.*

L. hat seine Scheere construirt für Fälle von Hypertrophie der mittleren Muschel. Er entfernt mit derselben ein V-förmiges Stück aus dem Knochen, während der grössere Theil der Schleimhaut unversehrt bleibt. LEFFERTS.

48) **W. Freudenthal. Ein Nasenbeutel. (A nasal bag.)** *N. Y. Med. Record. 11. Juli 1896.*

Das Apparat besteht aus zwei gleich grossen Gummibeuteln, welche mit Eis, kaltem oder heissem Wasser gefüllt auf die Nase applicirt werden. Indicirt ist der Beutel zur Stillung von Blutungen und als Abortivmittel bei acuter Coryza.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **P. J. Mink** (Zwolle). **Ein Apparat zum Ausspritzen der Nase. (Een apparaat om den neus uit te spuiten.)** *Med. Weekblad. III. No. 18.*

Beschreibung des von Daae im Archiv f. Lar. (IV., 1.) bekannt gegebenen Instrumentes, welches M. selbst noch nicht versucht hat. H. BURGER.

50) **C. H. Burnett. Ein Fall von acuter Otitis media verursacht durch die Nasendouche; Secundärinfection der Mastoidzellen infolge ungeeigneter Behandlung. Operation und Heilung. (A case of acute otitis media caused by the nasal douche. Secondary infection of the mastoid cavity by improper treatment. Operation and cure.)** *Philadelphia Polyclinic. 11. Juli 1896.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall ausreichend.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

51) **Sandmeyer** (Marburg). **Ueber das Verhalten der Geschmacksknospen nach Durchschneidung des N. glossopharyngeus.** *Arch. f. Anatomie u. Phys. 1895.*

S. fand in Uebereinstimmung mit v. Vintschgau und Hönigschmied, dass je nach der Zeit zwischen Operation und Tödtung der Versuchsthiere beträchtliche Abnahme oder totaler Schwund sämmtlicher Schmeckbecher in der Pap. foliata und circumvallata eintrat; letzterer vollzieht sich stets in 27 Tagen.

Makroskopisch zeigt die Papille auf der operirten Seite ein mattes trockenes Aussehen, ihre Falten scheinen zusammengefallen zu sein und springen weniger hervor.

A. ROSENBERG.

52) **Goy. Ueber Substanzen, welche die Geschmacks-Empfindungen beeinflussen.** Dissert. Würzburg. 1896.

Die Versuche mit einer 10proc. Lösung von Gymneumsäure ergeben, dass die Eindrücke für süss und bitter aufgehoben werden in der Weise, dass süss schmeckende Lösungen gar nicht, bitter schmeckende nur in einer gewissen Concentration nach dem Bepinseln mit dieser Säure geschmeckt werden. Die Dauer dieser Geschmacksherabsetzung resp. -Aufhebung kann auf 2 Stunden berechnet werden.

SEIFERT.

53) **Chemin** und **Gordon. Ein Fall von Persistenz des Apparatus hyoideus beim Menschen. (Sur un cas de persistance de l'appareil hyoidien chez l'homme.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 11. 15. März 1896.*

Der Apparat bestand aus 4 Stücken, von denen eines ligamentös war. Das eine zeigte nach dem Zerbrechen einen rundlichen Hohlraum analog der Markhöhle der langen Knochen.

E. J. MOURE.

54) **Sir William Mac Cormac. Eine klinische Vorlesung über die Krankheiten der Zunge. (A clinical lecture on diseases of the tongue.)** *The Clinical Journal. 14. October 1896.*

Verf. bespricht die gewöhnlicheren Krankheiten der Zunge. Zwei Patienten mit syphilitischer und maligner Erkrankung werden vorgestellt. Congenitaler Defect der Zunge ist extrem selten, starke angeborene Hypertrophie weit häufiger. Es kann das Ende der Zunge durch einen geraden Querschnitt abgetragen oder ein V-förmiges Stück herausgeschnitten werden. Psoriasis linguae entsteht durch be-

ständige locale Reizung; sie ist eine praedisponirende Ursache für Krebs. Tuberculöse Geschwüre sind überaus selten und kommen auf der Zunge nicht primär vor; sie sitzen gewöhnlich weit hinten auf dem Zungenrücken (?). Krebs tritt sehr gern zu alten Fällen von tertiärer Erkrankung. Cysten sind meist Retentionscysten und liegen in der Substanz der Zunge oder unter derselben. Papillome sind recht häufig. Das primäre Sarcom der Zunge ist überaus selten, wenn es überhaupt vorkommt.

ADOLPH BRONNER.

55) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber Möller'sche Glossitis superfacialis.** Vortrag, gehalten in der Budapester kön. Verein. d. Aerzte am 14. November 1896.

Stark schmerzende und brennende, scharf begrenzte, bei Reizung über das Niveau der Umgebung ragende, lebhaftrothe, glatte, glänzende, etwas trockene, mit keinem Secrete bedeckte, sehr empfindliche Flecken, welche mit Vorliebe auf der Zunge auftreten, zuweilen aber auch auf der Mundschleimhaut vorkommen. Die Hornschichte der Papillen ist abgeschält. Zuweilen können auch Bläschen vorkommen. Mittheilung von 4 Fällen. Das Leiden soll mit Vorliebe bei Frauen mittleren Alters vorkommen, ätiologisch schreibt Verf. chron. Magenleiden, Nervosität und Frauenleiden einen Einfluss zu. Während der Menstruation verschlimmert sich die Krankheit.

v. NAVRATIL.

56) **W. Washburn. Ein Fall von Glossitis. (A case of glossitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. August 1896.*

Der Pat. ist ein Mann von 45 Jahren. Der Fall bietet mancherlei Eigenthümlichkeiten. Es fehlt jedes ursächliche Moment für die Glossitis; scharfe Ränder an den Zähnen waren nicht vorhanden; keine Lues, keinerlei Intoxication nachweisbar. Die Heilung trat ein ohne Bildung von Pus. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit muss die Glossitis als eine directe Folge von Erkältung angesehen werden. Eigenartig war auch, dass zuerst nur die eine Hälfte der Zunge afficirt war und nach ihr die andere; dann dass die Zunge nicht, wie dies gewöhnlich der Fall ist, vorgestreckt war; die Spitze sass vielmehr nach hinten eingerollt hinter der unteren Zahnreihe und konnte, solange die Schwellung der Zunge anhielt, nicht recht aus dieser Lage entfernt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

57) **Jurinka** (Graz). **Ein Beitrag zur Aetiologie der Zungenaktinomykose.** Aus Prof. Wölfler's Klinik. — *Beitr. z. klin. Chirurg. XIII. 1895.*

Bericht über einen Fall, bei dem ein kugliger kaum schmerzhafter Tumor drei Monate bestand. Bei der mikroskopischen Untersuchung der entfernten Geschwulst konnten mikroskopische Theile einer Gerstengranne als Einschluss in einem isolirten Actinomyceskorn nachgewiesen werden.

A. ROSENBERG.

58) **Emery** und **Sabourand. Weicher Schanker der Zunge. (Chancre mou de la langue.)** *Annal. de dermat. VII. No. 2.*

25jähriger Mann zeigt 8 Tage nach dem sexuellen Verkehr Schanker an der Vorhaut und Fissur an der Zungenspitze. Die letztere erscheint bald als schankerartiges Geschwür von diphtheroidem Aussehen. Ueberimpfung von Eiter auf den

Arm ergiebt einen Schanker. Es wird der Ducrey'sche Bacillus nachgewiesen. Schliesslich erscheint auch ein Bubo submaxillaris, der in Eiterung übergeht, ohne dass sich der specifische Bacillus in dem Eiter nachweisen lässt. Heilung unter antiseptischen Waschungen. Es ist dies der erste sicher erwiesene Fall von weichem Schanker der Zunge.

A. CARTAZ.

59) **Helbing** (München). **Zur Casuistik der muskulären Makroglossie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 41. Bd. 1896.*

5 monatliches Mädchen mit stark vergrösserter Zunge, deren Volumen innerhalb 10 Wochen derartig zunahm, dass sie nicht mehr in der Mundhöhle Platz fand. Operation mit dem Thermokauter nach Helferich, Tod an Masern. Die mikroskopische Untersuchung der Zunge ergab im Wesentlichen Hypertrophie der Muskulatur. Zum Schluss bespricht H. die Unterschiede der muskulären Makroglossie von den anderen Formen. Die erstere ist fast stets angeboren. Die Missbildung ist häufig verbunden mit congenitaler Rhachitis, Cretinismus, allgemeiner Muskelhypertrophie und Missbildungen des Darmes.

SEIFERT.

60) **M. V. Odenius** (Schweden). **Bemerkungen und Beiträge zur pathologischen Anatomie der lymphatischen Makroglossie.** *Nord. med. Archiv. 1896. No. 14.*

4jähriges Mädchen, keine Lues. Vor $1^1/_2$ Jahren wurde die Zungenspitze des früher vollkommen gesunden Kindes sowohl an der oberen wie an der unteren Fläche „blauroth", welche Farbe später in eine hellere gelbliche überging. Bald nachher traten zahlreiche hanfsamengrosse Knötchen hervor. — 28. Oct. 1895. Amputatio linguae nach Unterbindung beider Art. linguales. Das amputirte Zungenstück maass in grösster Länge 4 cm, die grösste Breite war 3,5 cm. An Durchschnitten findet man die Muskulatur in bedeutender Ausdehnung ersetzt durch ein grauweisses schwammiges Gewebe mit zahlreichen ganz feinen bis stecknadelkopfgrossen Hohlräumen von wechselnder Form. Die grössten Hohlräume finden sich nach der unteren Zungenfläche zu in der Umgebung der Nuhn'schen Drüse. — In Betreff des mikroskopischen Verhaltens stimmt der vorliegende Fall in seinen Hauptzügen mit dem überein, was schon frühere Untersucher gefunden haben (G. Wegner, Lymphangiome, Arch. f. klin. Chir. XX. 1877 und F. Dahl, Ein Fall von Makroglossie, mikroskop. untersucht, Nord. medic. Archiv. 1893. No. 2).

SCHMIEGELOW.

61) **Derignaucourt. Lipome der Zunge. (Lipomes de la langue.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Studie über diese an der Zunge seltene Form von Tumoren. Verf. vermag einschliesslich einer eigenen Beobachtung 20 Fälle zusammenzustellen. Nach seinen Untersuchungen ist der Muskel nicht betheiligt; die Geschwulst entwickelt sich auf Kosten des Bindegewebes. D. bespricht die Diagnose, die stets ziemlich schwierig ist; zur Behandlung empfiehlt sich nur die Enucleation.

A. CARTAZ.

62) **Depage. Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *La Clinique. No. 24. 1896.*

Abtragung der Zunge nach vorausgeschickter Tracheotomie und Tamponade

des Larynx vermittelst eines Gazetampons, der von der Trachea aus in den Larynx eingeführt war, nachdem D. ein Stück der ersteren zu diesem Zwecke resecirt hatte. Das Verfahren soll dem Trendelenburg'schen vorzuziehen sein. BAYER.

63) **Goris. Die Chirurgie des beginnenden Zungenkrebses. (La chirurgie du cancer de la langue au début.)** *La Presse Méd. Belge. No. 44. 1896.*

G. hat nach dem Bardenheuer'schen Operationsverfahren partieller blutiger Exstirpation von Zungenkrebsen in der Rose'schen Kopflage und tiefer Chloroformnarkose 4 Operationen ausgeführt, wovon 3 die Hälfte der Zunge und eine deren vorderes Drittel betrafen. BAYER.

64) **C. E. Jennings** (London). **Dreissig Fälle von Zungenkrebs. (Thirty cases of cancer of the tongue.)** *British Med. Journal. 31. October 1896.*

Ein Vortrag am 26. October 1896 vor der Medical Society von London gehalten. Nichts von speciellem Interesse. Der Autor legt grossen Werth auf die durch Syphilis und in geringerem Grade auf die durch Rauchen geschaffene Prädisposition zu dem Leiden. Eine Discussion fand nicht statt. SEMON.

65) **Mingazzini. Klinische und anatomische Beobachtungen über Zungenhemiatrophie. (Osservazioni cliniche e anatomiche sull'emiatrofia della lingua.)** *Arch. d'Otologia. 1896. No. 1 u. 2.*

In dem von M. beobachteten Falle war die Hemiatrophie die Folge einer tiefen Messerwunde der seitlichen Halsgegend, welche Pat. selbst, in selbstmörderischer Absicht, sich beigebracht hatte. Pat. starb im Irrenhause und gelangte hier zur Section. — Die Arbeit enthält eine sehr ausführliche Mittheilung der histologischen Untersuchung von Bulbus, Stilling's Kern, Kern des Glossopharyngeus, Roller's Kern, Duval's Kern, Fibrae arciformes internae posteriores, etc., und eine Menge interessanter histologischer und neuropathologischer Ausführungen, welche zu einem Referate sich nicht eignen und im Originale gelesen zu werden verdienen. TOTI.

66) **Ricochon. Hemiatrophie der Zunge. (Hémiatrophie linguale.)** *Société médicale des hôpitaux. 20. November 1896.*

Ursache der Atrophie war in R.'s Falle eine Läsion des Hypoglossus, die ihrerseits bedingt war durch eine tuberculöse Osteo-Arthritis des Occiput-Atlasgelenks. Die Abweichung der Zunge wechselte mit ihrer Lage; bei leicht geöffnetem Munde blieb die Zunge in der Mittellinie; beim Zurückziehen der Zunge wich ihre Spitze nach der gesunden Seite ab; die herausgestreckte Zunge schliesslich ging nach der atrophischen Seite. Das Schlucken war deutlich gestört.

PAUL RAUGÉ.

67) **E. R. Lewis. Die Zungentonsille. (Lingual tonsils.)** *The Laryngoscope. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **Moure. Zungentonsille. Histologische Untersuchung von Dr. Brindel. (Amygdale linguale. Examen histologique par le Dr. Brindel.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 13. 29. März 1896.*

Es handelt sich um eine Zungentonsille, die so voluminös war, dass sie mit der kalten Schlinge abgetragen werden konnte. Die histologische Untersuchung ergab, dass das Gewebe ausschliesslich aus Follikelanhäufungen bestand, analog denen der adenoiden Vegetationen. E. J. MOURE.

69) **S. E. Cook. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *Louisville Med. Monthly. November 1896.*

Bericht über einen Fall. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

70) **Hal Foster. Ein Fall von Blutung aus der Zungentonsille. (Report of a case of bleeding from the lingual tonsil.)** *The Laryngoscope. October 1896.*

Eine junge Dame mit kurzem Husten und häufigen Blutungen nach Abtragung der Znngentonsille von beidem vollständig befreit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

71) **Aymé. Beitrag zum Studium der Hypertrophie der Zungentonsille. (Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale.)** *Thése de Paris. 1896.*

Auf Grund der bisherigen Literatur und dreier eigener Beobachtungen stellt Verf. die Symptome und die Folgestörungen dieses Leidens zusammen.

A. CARTAZ.

72) **F. Friedland. Ueber drei Fälle von Hyperkeratosis lacunaris (Siebenmann) des Zungengrundes.** Aus Prof. Chiari's path.-anat. Inst. d. deutsch. Univers. Prag. — *Prager Zeitschrift für Heilkunde. III. Heft. 1896.*

Verf. citirt die im Jahre 1895 erschienene Arbeit Siebenmann's über 30 Fälle von Hyperkeratosis lacunaris, nach Heryng Pharyngomycosis leptotricea, nach Fränkel Mycosis tonsillaris benannt. Siebenmann war der erste, welcher zeigte, dass es sich hierbei eigentlich nur um einen Verhornungsprocess des lacunären Epithels handelt und das Vorhandensein der Leptothrixfäden etwas ganz erklärliches sei. Sechs von Siebenmann selbst beobachtete Fälle betreffen durchweg Frauen mit über den ganzen Schlundring ausgebreiteter Hornbildung. Aus Friedland's drei Fällen geht nun hervor, dass es sich um eine abnorm starke Verhornung des Epithels im Bereiche der Zungenbalgdrüsen und der Krypten der Tonsillen handelt. Doch waren im Gegensatz zu den Fällen Siebenmann's hierbei die vordere, seitliche und hintere Pharynxwand stets frei; ferner betraf ein Fall einen Mann und waren in den Krypten noch deutlich Papillen der Mucosa nachweisbar. Bezüglich der Localisation bemerkte Siebenmann, dass eben das Plattenepithel der Pars oralis viel leichter zu Verhornung neigt, als z. B. das Cylinder-Epithel des Nasenrachenraumes. CHIARI.

73) **R. Turro** (Barcelona). **Bakteriologie der Anginen. (Bacteriologia de las anginas.)** *Revist. de Cienc. Medic. No. 8. 1896.*

Die meisten Beobachtungen und Untersuchungen sprechen für die Ansicht,

dass die nicht diphtheritischen Anginen, unabhängig von ihrem klinischen Charakter, durch eine Infection von Streptokokken, localisirt auf die afficirte Gegend, erzeugt werden. Die Schwere des Krankheitsprocesses ist an die Fortpflanzungskraft und Virulenz des betreffenden Streptococcus gebunden. Diese Kraft und Virulenz wird, abgesehen von den localen Bedingungen des Terrains, die günstig oder ungünstig sein können, durch die Gegenwart einiger Bacterienarten, die immer noch nicht genau bekannt sind, begünstigt. In Folge davon ist eine gute Asepsis nothwendigerweise erforderlich. Da nun bekanntlich die Alkalien den Streptococcus abschwächen und seine Fortpflanzungskraft verringern, so ergiebt sich als Uebergangs- und Arbortivmittel die Anwendung von ungefährlichen Alkalien. — Die Amygdalitis chronica scheint durch das Bacterium coli commune hervorgerufen zu werden.

R. BOTEY.

74) **Isidor Bonnann. Abortivbehandlung der follicularen Angina. (Abortive treatment of quinsy.)** *National Med. Review. December 1896.*

B. führt eine Blutung herbei, indem er eine gebogene Silbersonde in jede Lacune einführt und nach allen Richtungen hin vorstösst.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **Carrière. Salol bei der Behandlung der acuten Angina der Kinder. (Salol in the treatment of acute angina in children.)** *N. Y. Med. Journal. 26. December 1896.*

C. hat mit vorzüglichem Erfolge Salol innerlich bei allen nichtdiphtherischen Fällen von acuter Angina und Tonsillitis gegeben, welches immer ihre Ursache auch war. Das Mittel ist ein allgemeines Antisepticum und Analgeticum mit electiver Wirkung auf den Pharynx. Es beruhigt fast sofort den Schmerz und die Dysphagie und führt zu schnellem Nachlass aller physikalischen Symptome; es verhütet die Bildung von Abscessen und kürzt stets die Dauer der Erkrankung ab, besonders wenn es gleich im Beginne gegeben wird.

Die tägliche Menge für den Erwachsenen beträgt 3,6 gr; Kinder erhalten entsprechend weniger. Das Salol wird gut vertragen; Störungen in den Nieren, die den Weitergebrauch contraindiciren, treten verschwindend selten danach auf.

LEFFERTS.

76) **Hansen. Phlegmonöse Angina.** Mittheilung in d. Gesellsch. Revaler Aerzte am 2. October 1895. — *Petersburger med. Wochenschr. No. 47. 1896.*

H. will von Carbolinjectionen guten Erfolg gesehen haben. Man müsse nur langsam injiciren und zwar sowohl in die Tonsillen als auch die Gaumenbögen.

Greiffenhagen hat bei 2 Fällen ohne Erfolge die Injection gemacht. Er empfiehlt vor der Incision Probepunction.

P. HELLAT.

77) **A. Chassy. Die Varioloïs-Angina; ihre diagnostische Bedeutung und ihre Prognose. (De l'angine varioliqne, sa valeur dans le diagnostic et le prognostic.)** *Thèse de Paris. 1896.*

78) **Chassy. Der diagnostische und prognostische Werth der Angina bei Variola. (The diagnostic and prognostic value of angina in variola.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1896.*

Die Angina tritt bei Variola stets zur selben Zeit, wie das Hautexanthem

auf (gewöhnlich am Ende des 3. Tages); oft ist sie bereits vor diesem deutlich. Ihre Erscheinungsform macht dieselben Phasen durch, Flecken, Papeln, Bläschen und Pusteln. Peritonsilläres und submaxilläres Oedem kommt bei den confluirenden Formen oft zur Beobachtung. Das Oedem ist ein gutartiges und kann leicht mit Parotitis verwechselt werden. In uncomplicirten Fällen ist die Variola-Angina nicht schwer. Narben bleiben bei der Abheilung nicht zurück. Ihr gleichzeitiges Erscheinen mit dem Hautexanthem ist in differentialdiagnostischer Hinsicht von grosser Bedeutung. Leichte Blutungen in die Papeln des Gaumengewölbes in einem frühen Stadium weisen auf die hämorrhagische, tödtliche Form der Erkrankung hin. Auch das Vorhandensein des Streptococcus pyogenes scheint ein prognostisch höchst ungünstiges Moment zu sein. Vom hygienischen Standpunkt hat die Variola-Angina eine besondere Bedeutung, indem sie eine frühe Diagnose ermöglicht. Die Behandlung besteht in antiseptischen Gurgelungen und Spülungen des Nasenrachenraums mit lauwarmer Borsäurelösung. LEFFERTS.

79) **S. W. S. Toms. Membranöse Angina, Diphtheritis vortäuschend, mit Beobachtungen betreffs der Aetiologie. (Membranous angina simulating diphtheria with observations on etiology.)** *N. Y. Med. News. 13. Juni 1896.*

Verf. berichtet über einer Reihe von 8 Fällen; es handelte sich bei diesen nicht um Anginen im Verlaufe acuter Exantheme, sondere um jene Anginen mit milchig-weissem Belag, die man als ulceröse, membranöse, auch diphtheritische Halsentzündung zu bezeichnen pflegt. Es fehlten bei dieser Erkrankung die Erscheinungen ausgesprochener constitutioneller Toxaemie, die Abgeschlagenheit, Herzsymptome, Albuminurie etc. Characteristisch war ferner der selbstständige (de novo) Ursprung eines jeden Falles. Ein Todesfall kam nicht vor, trotzdem die Behandlung keine specifische, sondern rein symptomatisch war. Complicationen kamen nicht zur Beobachtung, von Folgekrankheiten nur Lähmungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **Beco. Der Scharlach im Hospital von Bayern vom Jahre 1895–1896. (La scarlatine à l'hôpital de Bavière; années 1895—1896.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 7. 1896.*

Von 113 Kranken sind 11 an Streptokokkensepticämie in Folge von Angina und Rhinitis pseudomembr. streptococcica zu Grunde gegangen; ein Fall plötzlichen Todes am 15. Tage an Larynxdiptheritis mit Löffler'schen Bacillen. In 27,4 pCt. der Fälle war Complication mit pseudomembranöser Angina vorhanden vergemeinschaftet mit einer heftigen Rhinitis. BAYER.

81) **A. Dubois. Die Scharlachanginen und ihre Behandlung mit dem Marmorek-schen Serum. (Les angines scarlatineuses; leur traitement par le serum de Marmorek.)** *Thèse de Lille. 1896.*

Die Scharlachanginen sind verschiedener Natur. Im Anfang findet sich die einfache erythematöse Angina, bisweilen eine pseudomembranöse; gegen das Ende der Krankheit kommt die echte diphtheritische vor. Die bakteriologische Untersuchung ergiebt, dass diese Anginen — von der diphtheritischen abgesehen — durch den Streptococcus verursacht sind. D. empfiehlt zur Behandlung der An-

ginen und um Complicationen vorzubeugen eine Behandlung des Scharlachs mit dem Marmorek'schen Serum. Auf Asepsis bei der Injection muss mit grosser Sorgfalt geachtet werden. Diese Therapie wird unterstützt durch Phenolirrigationen, vorsichtige Abtragung der Membranen, Pinselungen mit Steresol, Gurgeln mit 50prom. Labarraque'scher Lösung. A. CARTAZ.

82) **A. Monnier. Ueber einen Fall von pseudo-membranöser Angina durch Soor. (A propos d'un cas d'angine pseudo-membraneuse due au muguet.)** *Gaz. méd. de Nantes. 12. October 1896.*

M. berichtet über einen Fall, der dem von Teissier mitgetheilten (Arch. de méd. exper. No. 2. 1895) ähnlich ist. Ein 35jähriger Mann wurde ins Krankenhaus wegen Verbrennungen durch Dampf am Körper und an den Extremitäten aufgenommen. Diese wurden mit Pikrinsäure behandelt. Am 20. Tage trat, ohne ersichtliche Ursache, eine pseudomembranöse Angina auf, die sich über den ganzen Hals und über den Zungengrund ausbreitete und mit Fieber und Schwellung der Unterkieferdrüsen verbunden war. Die Untersuchung der Pseudomembran liess neben vereinzelten Coccen einen Pilz erkennen, der durch die Cultur als Oidium albicans identificirt wurde. Die Heilung erfolgte nach wenigen Tagen; sie wurde durch eine Congestion der Lungen unterbrochen. A. CARTAZ.

83) **Guimbretière. Untersuchungen über die pseudo-membranöse Angina durch Soor. (Essai sur l'angine pseudo-membraneuse due au muguet.)** *Thèse de Toulouse. 1896.*

G. bespricht diese Form von Angina, von der nur zwei Fälle mitgetheilt sind, der Teissier'sche und der von Monnier. Die Symptome sind nicht charakteristisch; nur die bakteriologische Untersuchung und die Cultur kann die Natur dieser Fälle klarstellen. A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

84) **Virneisel. Zur Casuistik der Serumtherapie der Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 19. 1896.*

Mortalität 12,7 pCt., auch die der Tracheotomirten gaben gegen frühere einen günstigen Procentsatz (23,4 gegen 56--64 pCt.). Schädliche Wirkungen nicht constatirt. SCHECH.

85) **H. Kossel. Zur Statistik der Serumtherapie gegen Diphtherie.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 22. 1896.*

K. wendet sich gegen den Hauptvorwurf, der den statistischen Berechnungen gemacht wird, dass sie nämlich die Herabsetzung der Mortalität aus der Vergleichung der früheren und der jetzigen procentualen Sterbeziffern folgern. Gottstein habe ausgesprochen: „Wirklich beweisend sind vorläufig nur Zahlenverhältnisse, in welchen eine Vermehrung der Frequenz und gleichzeitig eine Abnahme nicht der procentualen, sondern der absoluten Mortalitätsziffer sich

findet.“ K. weist aus dem Material der Charité, in einer 2. Tabelle aus den sämmtlicher Berliner Krankenhäuser, aus den angemeldeten Erkrankungen und Todesfällen an Diphtherie in Berlin, Paris und allen deutschen Städten über 15000 Einwohner nach, dass seit 1894 die Aufnahmeziffer steigt, während die Sterbeziffer erst langsam, dann schneller absinkt. LANDGRAF.

86) **Jahn. Ueber Arthropathien nach Injectionen von Behring's Serum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 24.*

J. berichtet über 3 derartige Fälle, die sämmtlich günstig endeten. Befallen wurden in der Regel die Fuss- und Kniegelenke. Die Affection tritt 10—14 Tage nach der Injection ein; ihre Dauer beträgt 1—6 Tage. Manchmal besteht dabei hohes Fieber. LANDGRAF.

87) **Barth** (Köslin). **Die Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 25.*

Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. LANDGRAF.

88) **Sardemann** (Marburg a. L.). **Diphtherieheilserum und Gelenkerkrankung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 26.*

S. erinnert anlässlich einer Beobachtung daran, dass rheumatoide Gelenkerkrankungen nach Diphtherie auch ohne Heilserumbehandlung vorkommen. LANDGRAF.

89) **Bornemann** (Limbach). **Diphtherische Larynxstenose, durch Behring's Heilserum ohne Operation geheilt.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 28.*

Mittheilung eines Falles. LANDGRAF.

90) **Fr. Strassmann. Tod durch Heilserum?** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 23.*

Ausführliches Gutachten über den Tod des Kindes des Prof. Langerhans, welches 10 Minuten nach einer zum Zweck der Immunisirung vorgenommenen Einspritzung von 1,2 ccm Diphtherieheilserums gestorben war. Die Obducenten — Strassmann und Mittenzweig glauben den Tod erklären zu sollen als Erstickungstod in Folge Aspiration von Mageninhalt. LANDGRAF.

91) **Langerhans. Tod durch Heilserum. Erwiderung auf das in No. 23 dieser Zeitschrift veröffentlichte Gutachten des Herrn Prof. Dr. Strassmann und Sanitätsrath Dr. Mittenzweig.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 27.*

L. widerlegt die von den genannten Herren gemachte Annahme, dass der Tod seines Kindes als Erstickungstod in Folge der Aspiration von erbrochenem Mageninhalt aufzufassen sei und hält daran fest, dass sein Kind durch normales Behring'sches Serum vergiftet sei. Das Serum habe hervorgerufen kurzes Exaltationsstadium, auf welches unmittelbar ein Depressionsstadium, schnelles Sinken der Herzkraft folgte. LANDGRAF.

92) **Kassowitz** (Wien). **Wirkt das Diphtherieheilserum bei Menschen immunisirend? Eine kritische Studie aus Anlass des Falles Langerhans.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 21, 22 und 23. 1896.*

K. will die Abnahme der Sterblichkeit bei Diphtherie begründen in dem leichteren Auftreten der jetzigen Epidemieen, glaubt ferner, dass die Diphtherie auch schon vor Einführung der Serumtherapie nicht hochgradig contagiös war und dass Recidive nach wie vor gleich häufig sind. Er hält 1. weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie, noch die Application einer grossen Menge von Immunisirungseinheiten für geeignet, Menschen gegen Diphtherie immun zu machen. 2. Die Erkrankung an Diphtherie nach Immunisirung tritt gerade so häufig auf, als ohne Immunisirung und kann zu jeder Zeit auftreten. 3. Die Diphtheriefälle bei angeblich Immunisirten sind häufig sehr schwere und tödtliche. K. hält somit die Versuche der Immunisirung mit Heilserum gegen Diphtherie vorläufig für gescheitert und frägt, ob die Aerzte wohl das Recht hätten, ihre Patienten den nach Immunisirung recht häufig beobachteten Gesundheitsstörungen auszusetzen.

CHIARI.

93) . . . **Die Serumtherapie bei Diphtheritis.** *Das österreichische Sanitätswesen. No. 35 u. 36.*

In diesen beiden Nummern werden die Erfolge der Serumtherapie bei der Diphtherie nach der vom staatlichen Institute eingeleiteten Sammelforschung detaillirt besprochen.

CHIARI.

94) **Malvoz. Einige neue Statistiken über den Werth der Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (Quelques nouvelles statistiques sur la valeur du traitement de la diphtérie par l'antitoxine.)** *Annales de la Soc. Méd. Chirurg. de Liége. No. 4. 1896.*

Bericht über die günstigen Resultate, welche in den Londoner Spitälern im Jahre 1895, desgleichen in der Stadt Frankfurt a. M. mit dem antitoxischen Serum bei der Diphtheritisbehandlung erzielt wurden.

BAYER.

95) **Sörensen** (Kopenhagen). **Versuche mit der Serumtherapie bei Diphtheritis. (Forsög med Serumtherapi ved Difteritis.)** *Hospitals-Tidende. 1896. No. 22 bis 26.*

In der grossen mit vielen Krankengeschichten illustrirten Arbeit giebt Verf. eine Darstellung seiner Auffassung der Serumtherapie bei Diphtheritis der oberen Luftwege, sowie sie sich gestaltet hat, nachdem er das Mittel in dem grossen Epidemiekrankenhause zu Kopenhagen während längerer Zeit benutzt hat. Seine Schlüsse sind allerdings nicht ermunternd; denn er giebt an: Weder der Verlauf der Krankheit, noch die Mortalität wurde mit dem Serum verbessert. „Das Vermögen des Serums, beginnenden Croup zum Stillstand zu bringen, scheint auch sehr zweifelhaft zu sein.“ Sicher ist es jedenfalls, „dass das Serum kein Wundermittel ist, das im Stande wäre, vollständig den Verlauf der Diphtheritis umzubilden.“

Uebrigens ist das letzte Wort in dieser Beziehung nicht gesprochen; die

Versuchsreihe ist zu klein, um den Resultaten des Verf.'s einen absoluten Werth beizulegen. S. spricht es auch selbst aus, dass es ganz unberechtigt wäre, von den hier vorliegenden Resultaten zu schliessen, dass das Serum keine heilende Eigenschaft besitze. SCHMIEGELOW.

96) **M. Durán** (Barcelona). **Das Pro und Contra des sogenannten antidiphtherischen Serums. (El pro y el contra del elamado suero antidifterico.)** *Revist. de Cienc. Médic. No. 17. 1896.*

In seiner langen und interessanten Arbeit betont Verf. die Nothwendigkeit, endlich die Discussionen aufzugeben und sich darauf zu beschränken, die Indicationen für die Anwendung des neuen Mittels festzustellen, seine Dosirung sowie die Gefahren, die es, wie jedes andere Heilmittel, mit sich führt. Während wir erhoffen, dass der unermüdliche Eifer der Männer des Laboratoriums die Methode mit der Zeit vervollkommnen und ihr eine Einfachheit und Sicherheit geben wird, die sie heute noch entbehrt, müssen wir indessen anerkennen, dass das Behring'sche Serum, wenn es auch noch nicht allen Hoffnungen entsprochen hat, doch ein Agens ist, das nicht verdient, bei der Behandlung der Diphtherie bei Seite gelassen zu werden. R. BOTEY.

97) **Haneless. Eine Diphtheritisepidemie im Koslowschen Kreise des Tambowschen Gouvernements und die Erfolge der Serumbehandlung. (Epidemia difterita w koslowskoin uesde tambowskoi guberni i resultati letschenija siworotkoi.)** *Egenedelnik. No. 5. 1896.*

Die Epidemie begann im Herbste 1894; die erste Nachricht erhielten die Aerzte, als die Krankheit sich bereits weit ausgedehnt und viele Opfer gefordert hatte. Die Behandlung reducirt sich fast ausschliesslich auf Seruminjectionen und begann erst im Juni 1895. Die erkrankten Individuen standen im Alter von 6 Monaten bis 45 Jahren. Das Maximum der Erkrankung fiel auf das Alter von 1—6 Jahren (41 pCt.). Beobachtet wurden im Ganzen 193 Fälle, behandelt 152. Von Behandelten starben 16,45 pCt., von Nichtbehandelten 65,85 pCt. Als bezeichnend hebt der Autor den Umstand hervor, dass der Bauer, der überhaupt sehr abergläubisch ist und Anfangs stark gegen alle Behandlung Front machte, bald nicht nur die Kranken, sondern auch gesunde Kinder für prophylactische Injectionen gern zum Arzte brachte. HELLAT.

98) **F. Drecki. Ueber die Serumbehandlung der Diphtherie. (O wynikach leczenia btonicy surowica w powiecre kaliskim.)** *Gazeta lekarska. No. 28. 1896.*

Von 52 mit Serum behandelten Kranken starben 4 (7,6 pCt.).

A. v. SOKOLOWSKI.

99) **W. Pulawski. Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie. (8 przypadków btonicy, wyleczonej surowica.)** *Gazeta lekarska. No. 29. 1896.*

Es wurden 8 Fälle von Diphtherie mit günstigem Ausgange behandelt.

A. v. SOKOLOWSKI.

100) **A. Chevallier. Die Serumtherapie bei Diphtheritis im Département de la Somme. (De la sérotherapie antidiphtherique dans le département de la Somme.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Eine statistische Arbeit. A. CARTAZ.

101) **Joseph Nicolas** (Lyon). **Die Gruber-Durham'sche Reaction bei Einwirkung des Diphtherieheilserums auf den Loeffler'schen Bacillus. (Production de la réaction de Gruber-Durham par l'action du serum anti-diphthérique sur le bacille de Loeffler.)** *Province médicale. 12. September 1896. Soc. de Biologie. 25. Juli 1896. Soc. d. sc. méd. de Lyon. 29. Juli 1896.*

Wenn man einer Bouilloncultur von Diphtheriebacillen Heilserum im Verhältniss von 3 Tropfen zu 1 ccm zusetzt, so tritt nach einigen Stunden die Gruber'sche Reaction ein, d. h. die Bacillen backen sich in Krümeln zusammen und sinken allmälig auf den Boden des Glases; darüber steht die klare Culturflüssigkeit; das Serum des normalen Pferdes bewirkt dies nicht. Andererseits hat das Diphtherieheilserum aufTyphusbacillen oder auf den Pyocyaneus keine analoge Wirkung. Die Reaction hat danach einen specifischen Character. Es scheint, als ob diese Ergebnisse N.'s sich für ein serodiagnostisches Vorgehen bei der Diphtherie nach Art der Vidal'schen Typhusdiagnose verwerthen lassen könnten.

PAUL RAUGÉ.

102) **H. J. Stiles. Diphtherieheilserum. (The antidiphtheritic serum.)** *Edinburgh Med. Chir. Society. März 1896.*

Das Serum, das St. demonstrirt, ist von Prof. Tavel (Bern) hergestellt. Es ist in cylindrischen Röhren aufbewahrt, die an den Enden ausgezogen und versiegelt sind. Vor dem Siegeln kommt das Röhrchen auf 24 Stunden in den Brutschrank, so dass es als aseptisch garantirt werden kann. Bei den bloss verkorkten Fläschen konnte Garantie für das Reinbleiben nicht übernommen werden.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

103) **Jos. W. Stickler. Eine lehrreiche Erfahrung mit Diphtherieheilserum. (An experience with antitoxin with instructive results.)** *N. Y. Med. Record. 30. Mai 1896.*

Bericht über 2 Fälle. LEFFERTS.

104) **Elmer Lee. Die Nichtberechtigung der bisherigen Anpreisungen der Serumtherapie bei Diphtheritis. (The fallacy of the claims made for antitoxin as a treatment for diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 30. Mai 1896.*

Das übertriebene Anpreisen der Serumtherapie durch ausländische Pathologen ist noch keineswegs durch die Erfahrung gerechtfertigt. Hält man alle bisher festgestellten Thatsachen in kühler Ueberlegung zusammen, so erscheint eine vorsichtige Weiterprüfung durch die Gesammtheit der Aerzte berechtigt und erforderlich. Wahr ist, dass das Serum die Krankheit in günstiger Weise zu beeinflussen scheint; als ein zuverlässiges und sicheres Mittel hat es sich aber bei Weitem nicht gezeigt. LEFFERTS.

105) **Louis Fischer. Einige praktische Beobachtungen über die Wirkung des Heilserums und über die Intubation, mit besonderer Bezugnahme auf die Ernährung der Kinder bei maligner Diphtherie. (Some practical points on the effects of antitoxin and intubation with especial reference to infant feeding in malignant diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 30. Mai 1896.*

Wenn man die Seruminjection macht, achte man darauf, grössere Venen und das Eindringen von Luft zu vermeiden. Die Intubation wird bei schwerer Stenose und drohender Asphyxie gemacht. Gefährliche Symptome, wie hohes Fieber, müssen möglichst schnell beseitigt werden; Antipyretica aber sind nicht am Platze; die Wasserbehandlung ist mehr incidirt. Medicamente sollen möglichst subcutan zugeführt werden. In malignen Fällen steigt die Athemfrequenz bis auf 100 in der Minute. Ihr Sinken ist ein bedeutsames Zeichen der Besserung, ebenso wie das Verschwinden des Eiweisses aus dem Urin. LEFFERTS.

106) **Ernest L. Marsh. Statistischer Bericht über die in City of Glasgow Fever Hospital, Belvidere mit Diphtherieheilserum behandelten Fälle. (Diphtheria treated with antitoxin: statistical statement of results obtained in city of Glasgow Fever Hospital, Belvidere.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1896. N. Y. Med. Record. 30. Mai 1896.*

In den 5 Jahren (1890—1894) vor dem Gebrauch des Serums stellte sich die Mortalität folgendermaassen: 39,8 pCt., 38,8 pCt., 37,2 pCt., 40,5 pCt., 35,5 pCt. (1894 wurden 9 der schwersten Fälle bereits mit Serum behandelt). 1895 wurden 179 Fälle in das Krankenhaus aufgenommen. Davon bekamen 137 Serum. Von dem Rest von 42 waren 38 Fälle so milde, dass das Leben nicht bedroht erschien und 4 wurden moribund aufgenommen. Von der Gesammtzahl von 179 starben 25 = 14 pCt. Mortalität. Bemerkt zu werden verdient, dass ausser dem Serum die Therapie nur in einem Borsäure-Spray, in schweren Fällen in einem Dampfspray von Sodalösung bestand. Bei 133 Fällen wurde der Diphtheriebacill gefunden. Die Tracheotomie war in 29 Fällen nöthig; von diesen starben 10 = 34,5 pCt. Mortalität. Die Tracheotomiefälle gaben 1893 eine Mortalität von 76,2 pCt. (42 Fälle) und 1894 von 86,9 pCt. (23 Fälle). A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

107) **C. G. Coakley. Statistisches über die Diphtherie. (Statistics of diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 20. Juni 1896.*

Verf. stellt eine Tabelle über die in New York, Boston und Brooklyn vorgekommenen Diphtheriefälle zusammen. Die Prüfung dieser Tabelle ergiebt:

1. Starkes Ansteigen der Zahl der Erkrankungsfälle 1894 und 1895.
2. Wechsel der Todesziffern in den verschiedenen Jahren.
3. Der Procentsatz der Mortalität schwankt, ist aber 1895 sehr tief.
4. In der Zahl von Todesfällen auf 10000 Erkrankungen ist ein regelmässiges Ansteigen und Fallen ersichtlich.
5. Diese Procentzahl ist 1894 geringer, die Todeszahl (auf 10000 Fälle) steigt aber 1895 stark.
6. Dieses Fallen der Sterblichkeit auf 10000 Fälle von 1894—1895 ist in allen Städten ausser Boston vor der Einführung des Serums stärker.

7. Vergleicht man die Columnen der einzelnen Städte für 1893, 1894 und 1895, so ist nicht ersichtlich, dass viele Leben gerettet wurden, obgleich die „Procentzahl der Todesfälle" erheblich abgenommen hatte.

8. Die Diphtherie von 1894 war streng, wie die Zahl der Todesfälle und die Ziffer der Mortalität auf 10000 berechnet erweisen. Ist diese Epidemie nun durch ihr natürliches Ende zum Absterben gekommen oder durch die Hilfe des Serums?

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **F. W. Wright. Die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum in der Privatpraxis. (The treatment of diphtheria with diphtheritic antitoxin serum in private practice.)** *Annals of Gynaecology and Paediatry. Juni 1896.*

W. ist Anhänger der Serumtherapie. Er berichtet über 50 Fälle mit zehn Todesfällen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

109) **Redact. Notiz. Der gegenwärtige Stand der Serumtherapie bei Diphtherie. (The present status of diphtheria antitoxin.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 2. Juli 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

110) **Redact. Mittheilung. Tödtliche Fälle beobachtet unter der Anwendung des Diphtherieheilserums. (Fatal cases observed during the employment of diphtheria antitoxin.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 4. Juli 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

111) **Wm. Vissman. Der therapeutische Werth des Diphtherieheilserums (The therapeutic value of diphtheria antitoxin.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 4. Juli 1896.*

Verf. sucht statistisch nachzuweisen, dass die Mortalität nicht gesunken ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

112) **J. L. Kortright. Der Werth des Diphtherieheilserums. (The value of antitoxin.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 4. Juli 1896.*

Nach seinen Beobachtungen in der Privatpraxis glaubt Verf., dass das Serum die Schwere der Krankheit mildert, die Häufigkeit der Complicationen verringert und die Reconvalescenz abkürzt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **Redact. Notiz. Diphtherieheilserum. (Diphtheria antitoxin.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 4. Juli 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

114) **B. M. Bolton. Diphtherie-Antitoxin im Blute mancher Pferde, die nicht mit Toxin injicirt sind. (Diphtheria antitoxin sometimes found in the blood of horses not injected with toxin.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1896. N. Y. Med. Journal. 29. August 1896.*

Manche Pferde zeigten auf Giftinjection eine sehr heftige, andere nur geringe Reaction. Das Serum der letzteren entfaltete, Thieren eingespritzt, eine immunisirende Fähigkeit. Durch eine regelmässige Toxinzufuhr liessen sich indess beide

Arten Pferde für die Zwecke der Antitoxin-Lieferung in gleicher Weise verwerthen. Die Herkunft des Antitoxins im normalen Blut der Pferde zu erklären ist schwierig. Es dürfte eine Analogie mit dem Befund von Antitoxin im Blute von Menschen, die niemals Diphtherie hatten, vorliegen. LEFFERTS.

115) **E. Lee. Die Trüglichkeit der Serumtherapie als eines Heilmittels gegen Diphtherie. (The fallacy of antitoxin treatment as a cure for diphtheria.)** *New England Med. Monthly. August 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT LEFFERTS).

116) . . . **Bericht über die Sammelforschung der American Pediatric Society über die Ergebnisse der Serumbehandlung der Diphtherie in der Privatpraxis. (Report of the American Pediatric Society's collective investigation into the use of antitoxin in the treatment of diphtheria in private practice.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Juli 1896. N. Y. Med. Record. 4. Juli 1896. N. Y. Med. News. 4. Juli 1896. Brit. Med. Journal. 4. Juli 1896.*

1. Die Zusammenstellung umfasst die Beobachtungsresultate von 615 Aerzten. Mehr als 600 von diesen haben sich warm für die Serumtherapie ausgesprochen, der grössere Theil geradezu enthusiastisch.

2. Die beobachteten Fälle liegen räumlich so weit auseinander, dass ein localer Einfluss auf das günstige Resultat ausgeschlossen werden kann.

3. Der Bericht umfasst nur zuverlässige Fälle. In diagnostischer Hinsicht zweifelhafte sind ausgeschieden, wenn sie zur Heilung kamen; die letal endigenden sind auch im Zweifelsfalle aufgenommen.

4. Neue Fälle von plötzlichem Exitus nach der Injection sind nicht vorgekommen.

5. Die Zahl der Fälle, in denen das Serum zeitig injicirt und der Verlauf der Krankheit anscheinend gar nicht dadurch beeinflusst wurde, betrug nur 19. In 9 von diesen war die Diagnose durchaus nicht sichergestellt; 4 waren mit Masern complicirt; 3 waren von vornherein so maligne und ihr Verlauf so rapide, dass eine Herstellungsmöglichkeit schon vor der Injection so gut wie ausgeschlossen erschien. In 2 Fällen endlich war die Stärke und die Qualität des Serums zweifelhaft.

6. Verschlechtert durch das Serum erschien der Zustand von 3 Patienten; unter diesen 3 ist nur 1 neuer Fall, in dem die Verschlechterung wirklich der Seruminjection zugeschrieben werden kann.

7. Die Gesammtmortalität unter den 5794 in dem Bericht zusammengestellten Fällen betrug 12,3 pCt., nimmt man die zur Zeit der Injection bereits moribunden und die in den nächsten 24 Stunden ad exitum gekommenen Fälle aus, so erniedrigt sich die Procentzahl auf 8,8.

8. Die am meisten ins Auge fallende Besserung wurde bei den Fälleu beobachtet, die während der ersten 3 Tage injicirt wurden. Unter 4020 solcher Fälle betrug die Mortalität 7,3 pCt. und bei Abrechnung der Moribunden und der in den nächsten 25 Stunden gestorbenen nur 4,8 pCt.

9. Von 1448 am oder nach dem 4. Tage Injicirten starben 27 pCt.

10. Das überzeugendste – nach der Meinung der Comitémitglieder ein völlig unantastbares – Argument zu Gunsten der Serumbehandlung ergaben die Resultate bei 1256 Fällen von Kehlkopfcroup (membranöser Croup). Die Hälfte dieser Fälle wurde ohne Operation geheilt, trotzdem bei einem grösseren Theil von ihnen Symptome schwerer Stenose bestanden. Unter 533 Fällen, die intubirt wurden, betrug die Mortalität 25,9 pCt., das ist mehr als die Hälfte weniger, als je mit einer anderen Behandlungsmethode erreicht wurde.

11. Die Complication mit Bronchopneumonie wurde sehr selten beobachtet — in 5,9 pCt. — was zu den aus Hospitälern mitgetheilten Fällen in starkem Gegensatz steht.

12. Gegenüber den 2 oder 3 Fällen, in denen das Serum ungünstig auf das Herz gewirkt haben soll, stehen zahlreiche andere Beobachtungen, nach denen die Herzaction sich nach der Injection deutlich besserte.

13. Es liegen wenig oder gar keine Anzeichen vor, dass die Injection jemals Nephritis verursachte. Die Anzahl der Fälle mit genuiner Nephritis ist bemerkenswerth klein; gestorben an dieser Complication sind nur 15 Fälle.

14. Der Effect des Serums auf das Nervensystem tritt weniger hervor, als der auf alle anderen Organe. Postdiphtherische Lähmungen sind in 9,7 pCt. der Fälle erwähnt; der Schutz durch das Serum scheint nach dieser Richtung nicht erheblich zu sein, wenn die Injection nicht sehr frühzeitig stattfindet.

Das Comité ist sich seiner Verantwortung bewusst und hat mit Unparteilichkeit und Kritik die Zusammenstellung vorgenommen. Die ungünstigen Fälle sind mit derselben oder mit grösserer Genauigkeit verzeichnet und berücksichtigt worden.

Zum Schluss spricht das Comité allen Aerzten, die zur Sammelforschung mit beigetragen haben, und Dr. A. R. Guerard, der die statistischen Tafeln zusammengestellt hat, im eigenen und im Namen der Gesellschaft Dank aus.

[gezeichnet] Das Comité:
L. Emmet Holt, M. D. W. P. Northrup, M. D.
Joseph O' Dwyer, M. D. Samuel S. Adams, M. D.

Nach einer eingehenden Discussion über den vorgelegten Bericht wurde derselbe durch Abstimmung der Gesellschaft angenommen und dazu folgende Resolutionen gefasst:

1. Dosirung. Kinder über 2 Jahre sollen in allen laryngealen Fällen mit Stenose und auch sonst in schweren Fällen 1500—2000 Einheiten als erste Injection erhalten: wenn keine Besserung eintritt, wird dieselbe nach 18 bis 24 Stunden wiederholt und nach einem gleichen Zeitraum, wenn erforderlich, eine dritte Dosis gegeben. In schweren Fällen bei Kindern unter 2 Jahren und in leichteren Fällen bei älteren Kindern giebt man als Anfangsdosis 1000 Einheiten; wenn nöthig, wird diese Dosis, wie oben angegeben, wiederholt; gewöhnlich ist dies aber nicht erforderlich. Die Dosis muss stets nach Immunitätseinheiten, nicht nach der Quantität des Serums abgeschätzt werden.

2. Qualität des Serums. Man benutze stets das concentrirteste Serum von absolut zuverlässiger Herkunkt.

3. Zeit der Injection. Man injicire so früh als möglich, sobald klinisch

die Diagnose gestellt ist, ohne auf das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung zu warten. Man mache die Injection, wie spät man auch den Kranken zum ersten Male zu Gesicht bekommt, sofern der Fall und sein Verlauf nicht an sich leicht und günstig ist.

Das Comité wird aufgefordert, seine Thätigkeit noch 1 Jahr fortzusetzen und einen zweiten Fragebogen an möglichst viele Aerzte zu versenden, damit die gesammte Aerztewelt an der Weiterarbeit und der Lösung dieser wichtigen Frage sich betheilige. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Redact. Notiz. Die Sammelforschung über die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria: the collective investigation.)** *N. Y. Med. News. 4. Juli 1896.*

Eine Besprechung des Berichts der American Pediatric Society. Der Verf. ist der Ansicht, dass die Gesammtsumme der bisherigen Erfahrungen entschieden zu Gunsten der Serumtherapie spricht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Redact. Notiz. Der Bericht der American Pediatric Society über die Serumtherapie. (The antitoxin report of the American Pediatric Society.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Juli 1896.*

Das Experimentum crucis für die Serumtherapie ist in ihrer Wirkung auf die Kehlkopfdiphtherie zu sehen, weil diese die fatalste aller Formen diphtheritischer Erkrankung ist. Die Diagnose und Prognose dieser sind so bestimmt und positiv, dass Schlüsse über den Werth einer Behandlung hier zuverlässiger sind, als gegenüber anderen ungewisseren Formen. Die mitgetheilten Resultate sind übereinstimmende und bestimmte. Gegenüber dem früheren Resultat von weniger als 10 pCt. Heilungen ohne Operation giebt der Croup jetzt über 50 pCt. Heilungen; ein wunderbarer Erfolg. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

119) **Redact. Notiz. Die Serumfrage. (The antitoxin question.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juli 1896.*

Der Verf. bespricht ebenfalls den Bericht der Am. Pediatric Society und sagt, dass derselbe zwar sehr günstig für die Serumbehandlung sei, „die grosse, schweigende, sorgsame und mächtige Jury des gesammten Aerztestandes“ aber mit ihrem Endurtheil noch nicht fertig sei. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Redact. Mittheilung. Die zweite Sammelforschung der American Pediatric Society über die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The American Paediatric Society's second diphtheria antitoxine collective investigation.)** *N. Y. Med. Journal. 10. October 1896.*

Die zweite Periode der Sammelforschung umfasst die Zeit vom 1. Mai 1895 bis 1. April 1896. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Kokin. Ueber die secretorischen Nerven der Schleimdrüsen der Trachea und des Larynx. (O sekretornich nervach slisistich gelesek trachei i gortani.)** Dissert. Petersburg. 1895.

Die Arbeit ist ausgeführt auf Anregung von Prof. Simanowsky unter der Leitung von Pawlow. Als Material dienten Hunde und Katzen, bei denen die Trachea mit Paquelin und Scheere aufgeschnitten, die Schleimhaut abgetrocknet und dann das Hervortreten von Schleimperlen beobachtet wurde. Die Resultate lassen sich in Folgendem zusammenfassen: Jede Reizung der Schleimhaut ruft Verstärkung der Schleimsecretion hervor.

In den Nn. laryngei superiores verlaufen die secretorischen Fasern für den Larynx und den oberen Theil der Trachea.

Die secretorischen Fasern für den unteren Theil der Trachea verlaufen im Nerv. laryng. inferior. Der Arbeit ist eine lithographische Tafel beigefügt.

P. HELLAT.

122) **Mieczkowski** (Cibórz). **Ueber die Fremdkörper der oberen Luftwege.** Dissert. Heidelberg. 1896.

In der Jurasz'schen Klinik wurden in der Zeit von 1882—1896 61 Fälle von Fremdkörpern beobachtet, 23mal in der Nase, 28mal im Rachen und 10mal im Kehlkopf und in der Trachea.

In der Nase waren es die verschiedensten Formen von Fremdkörpern, im Rachen theils Nadeln, theils Knochenstücke oder sonstige spitze Gegenstände, welche zur Extraction kamen. In 6 Fällen von Fremdkörpern im Kehlkopf resp. in der Trachea musste die Tracheotomie gemacht werden. SEIFERT.

123) **Ferreri. Ueber Fremdkörper des Larynx bei Greisen. (Sui corpi estranei della laringe dei vecchi.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 2.*

Ausser dem Fehlen der Zähne und dem ungenügenden Kauen, ist nach F. eine ganz besondere prädisponirende Ursache der Fremdkörper im Larynx der Greise in Rom dem Genuss einiger populärer Speisen zuzuschreiben, wie grobe Macaroni und grob gehacktes Hammel- und Hühnerfleisch. Solche Speisen werden in der Weise bereitet, dass es sehr leicht passirt, dass dieselben kleinere oder grössere Knochenfragmente enthalten. „Es ist übrigens wohlbekannt, dass der moderne Römer seinen Ruhm als ausgezeichneter Esser gar nicht vergessen hat", fügt Verf. hinzu. TOTI.

124) **H. Timmer** (Amsterdam). **1. Eine Mandelschale aus der Luftröhre entfernt. (Een amandelschil uit de trachea verwijderd.) 2. Ein Knochenfragment aus dem Larynx entfernt. (Een beenfragment uit den larynx verwijderd.)** *Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 1896. II. No. 8. S. 268.*

Demonstrationen im pädiatrischen Verein. Beide Fremdkörper wurden bei

Kindern mittelst Tracheotomia inferior nach 3- und 6tägigem Aufenthalt in der Luftröhre entfernt.

H. BURGER.

125) **James A. Smith. Eine Klette im Kehlkopf. (A cockle-burr in the larynx.)** *The Med. Brief. Juni 1896.*

Der Fremdkörper wurde dadurch entfernt, dass man dem an den Füssen in der Luft gehaltenen Knaben auf den Rücken klopfte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

126) **Katzenstein. Ueber einen Fall von Fremdkörper in der Trachea eines Kindes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1896.*

Ein $2^3/_4$jähriges Kind hatte beim Suppenessen plötzlich einen Erstickungsanfall bekommen. Nach $1^1/_4$ Jahren wieder ein Anfall, ebenso im August 1895; im April 1896 erlag das Kind auf der Strasse einem Anfall, ehe ärztliche Hilfe erscheinen konnte. Die Section ergab einen Suppenknochen in der Glottis, dieselbe fast völlig verschliessend. Am Uebergang in den rechten Bronchus ein Geschwür; offenbar die Stelle, wo der Fremdkörper die ganze Zeit — 2 Jahre — gesessen hatte.

SCHECH.

127) **Massei. Fremdkörper der Trachea und Oesophagus. (Corpo estraneo nella trachea e nell'esofago.)**

Im ersten Falle handelt es sich um einen Kürbiskern, der 23 Tage in der Trachea geblieben war, und von M. per vias naturales durch die König'sche Pincette aus dem Niveau des siebenten Trachealrings entfernt wurde.

Zweiter Fall. Ein zwei künstliche Zähne enthaltendes Gebiss wurde zufällig aspirirt und wurde von einem Chirurgen durch eine konische Sonde in den Magen gestossen. M. verordnete reichlichen Genuss von Kartoffeln. Pat. wurde zuerst eine Stunde lang von sehr schweren Magenschmerzen gequält, welche wie durch Zauber dem Genusse der ersten Kartoffeldosis wichen. Er fuhr fort während 20 Tagen in allen möglichen Weisen zubereitete Kartoffeln zu geniessen, als er die Freude hatte, den von dicker organischer Umhüllung glattgemachten Fremdkörper ohne Schmerz wieder auf die Welt kommen zu sehen.

TOTI.

128) **Büberl** (Wien). **Ein Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus.** *Wiener med. Presse. No. 35. 1896.*

Verf. berichtet über einen Fall von einem Fremdkörper im rechten Bronchus, der durch Perforation in die Lungenarterie tödtlich endete. Der Fremdkörper, der bei der Obduction entfernt wurde, war augenscheinlich ein Stück von einem Pfeifenrohre und sass 3 cm unterhalb der Bifurcation der Trachea im rechten Bronchus eingekeilt mit einer Spitze die Gefässwand der Pulmonalis perforirend.

CHIARI.

129) **A. Heindl** (Wien). **Zur Casuistik von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen.** Aus Prof. Chiari's laryngolog. Abtheilung der Poliklinik. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 37.*

Ein 23jähriger Uhrmacher kam mit der Angabe: „es sei ihm beim Essen etwas im Halse stecken geblieben". Bei Schluckbewegungen, tiefer Inspiration

und beim Liegen auf der linken Seite empfindet Patient im Halse stechende Schmerzen. Befund: In der hinteren lateralen Rachenwand steckt ein nadelähnlicher Körper, der durch die ary-epiglottische Falte dringt. Bei dem Versuche (von Prof. Chiari) die Nadel in die genannte Falte hineinzutreiben, um sie an einem Ende fassen zu können, brach die Nadel und wurde nur der proximale Theil einer Nähnadel entfernt, während das andere Ende nicht sichtbar war. Am folgenden Tage wurde auch das in der hinteren Pharynxwand steckende Ende extrahirt. Schliesslich citirt Heindl einiges aus der Literatur über das stückweise Entfernen von Fremdkörpern. CHIARI.

130) **K P. Battle. Ein Fall von Tracheotomie wegen Fremdkörper. (A case of tracheotomy for foreign body.)** *North Carolina Med. Journal. 20. August 1896.*

Einem 10jährigen Knaben gerieth ein Holzstück von Fingergrösse in die Trachea. Die Spiegeluntersuchung ergab eine starke Schwellung der Theile unter der Glottis. Mit Rücksicht auf die Dyspnoe wurde die Tracheotomie gemacht, der Splitter jedoch nicht gefunden. Derselbe war vermuthlich nach oben in den Hals gedrängt und verschluckt worden. Der Knabe genas.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

131) **L. N. Anderson. Bericht über einen Fall von Tracheotomie bei einem 38 Tage alten Kinde. (Report of a case of tracheotomy in a child aged 38 days.)** *Arch. Pediatrics (N. Y.). August 1896.*

Die Canüle wurde erst am 52. Tage entfernt. Die Diagnose ist nicht sicher gestellt; Verf. glaubt an Larynxödem. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

132) **E. W. Davies. Krankengeschichte eines Falles von Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx. Report of a case.)** *Physician and Surgeon. September 1896.*

Einem 15 Monate alten Knaben gerieth ein Stück Nussschale in den Larynx. Die Tracheotomie wurde am nächsten Tage nothwendig, doch wurde der Fremdkörper erst 7 Wochen später ausgehustet. Das Oedem im Larynx war so erheblich, dass die Canüle 75 Tage lang weiter getragen werden musste.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

133) **Paul Koch. Eine Bohne im linken Bronchus eines Kindes. Würdigung der klinischen Symptome bei Fremdkörpern in den oberen Luftwegen. (Fève dans la bronche gauche d'un enfant. Appréciation des symptomes cliniques fournis par les corps étrangers des premières voies aériennes.)** *Annal. d. malad. de l'oreille etc. No. 10. October 1896.*

Der Unfall betraf ein 9jähriges Kind. Es traten Erstickungsanfälle auf, stridulöse Athemgeräusche und ein atelectatischer Zustand der linken Lunge. Die Tracheotomie wurde erst am 7. Tage von den Eltern gestattet. Unmittelbar danach wurde der Fremdkörper ausgestossen; die Wunde heilte per primam.

E. J. MOURE.

134) **Edward F. Parker. Ein überraschender Fall von Tracheotomie wegen Fremdkörper mit Ausgang in Heilung. (A perplexing case of tracheotomy for foreign body. Recovery.)** *The Laryngoscope. October 1896.*

Die Tracheotomie wurde bei einem 15 Monate alten Kinde gemacht zur Entfernung eines Steines (aus einem Knöchelspiel). Die Canüle musste 2 Monate getragen werden, obgleich der Stein nicht im Halse sass und überhaupt nicht gefunden wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

135) **R. Botey** (Barcelona). **Ein Fall von Crico-Thyrotomie wegen Fremdkörpers in der Gegend unter der Stimmritze. (Un caso de crico-tirotomia por cuerpo extranno en la region subglotica.)** *Arch. Latin. de Rinol., Laringol., Otolog. No. 69/70. 1896.*

B. berichtet über den Fall eines 4jährigen Knaben, der beim Spiele in Folge einer heftigen Inspiration ein Stückchen einer Nussschale, die er im Munde hielt, verschluckte. Unmittelbar nach diesem Unfall stellte sich beim Patienten grosse Schwierigkeit beim Athmen ein. Nach der laryngoskopischen Untersuchung befand sich das Stück Nussschale sicherlich unter der Stimmritze. Der nothwendig gewordene Luftröhrenschnitt lieferte den Fremdkörper nicht zu Tage, aber der Kranke athmete gut, sodass man dachte, dass jener zwischen der Stimmritze und der Luftröhren-Oeffnung gelegen wäre. B. machte 14 Tage später die Thyrotomie, denn die Versuche, den Fremdkörper auf dem natürlichen Wege herauszubefördern, gelangen nicht. Nachdem der Luftcanal bis nahe dem oberen Rande des Schildknorpels eröffnet war, sah man auch das Stück Nussschale, welches unter dem linken Stimmbande, in der Nähe des unteren Randes des Ringknorpels eingekeilt lag. Verf. glaubt im Gegensatz zu Perier, dass man niemals die Laryngofissur ohne vorhergehenden Luftröhrenschnitt machen darf, welcher im Falle eines Spasmus glottidis oder irgend einer Infiltration im Innern des Kehlkopfes die Athmung sichert, besonders wenn es sich um Kinder handelt, bei welchen der Kehlkopf so winzig gebaut ist.

Autoreferat.

136) **Brunner** (Pfäffikon). **Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** Züricher Dissertation. Pfäffikon bei Zwingli. 1896.

Eingehende Schilderung eines selbst beobachteten und erfolgreich tracheotomirten Falles von Aspiration unreifer kleiner Zwetschen, wobei es erst einige Tage später zur Nothwendigkeit der Operation kam, als schon eine tödtlich endende Pneumonie begonnen hatte.

Ein anderer Patient des Verf., ein 24jähriges Fräulein, befreite sich selbst in der höchsten Noth mit den Fingern von einem Salatblatt, welches ihr zwischen Epiglottis und Kehlkopfeingang gerathen war.

Der 3. Fall des Verf.'s ist ein aspirirter Suppenknochensplitter, welcher sich quer über den Stimmbändern eingekeilt hatte und von dem ersten Laryngologen Zürichs wieder herausbefördert wurde.

In der allgemeinen Besprechung ist die Zusammenstellung Kühn's angeführt, welche unter 232 dahingehörigen Fällen 164 Kinder unter 14 Jahren, also 72,7 pCt. und nur 68 Erwachsene = 27,3 pCt. aufweist. Kappesser führt

unter 22 Fällen 17mal den rechten Bronchus als den befallenen an. Es wird ferner hervorgehoben, dass die glückliche Entfernung des Fremdkörpers durchaus nicht immer ausschlaggebend wirkt, sondern dass acute oder chronische Lungenaffectionen oft den schönen therapeutischen Erfolg vereiteln. Unter den Symptomen wird ein schnurrendes Geräusch in der Trachea angegeben; bei Sitz im Bronchialast verminderte inspiratorische Erweiterung der betreffenden Brusthälfte, Abschwächung des Athmens, fühlbares Schwirren der Brustwand; ferner Gefühl von Uebelsein; endlich die Nothwendigkeit einer ganz bestimmten Körperlage, ausserhalb welcher stets heftige Hustenanfälle auftreten. Es wird ferner auf die Möglichkeit einer Verwechselung solcher Fälle mit Croup oder Pseudocroup aufmerksam gemacht. Die Therapie Nummer 1 ist die Tracheotomie; die andere laryngeale Methode ist nur wenigen Aerzten zugänglich und steht schon deshalb hinter der Tracheotomie zurück. Alle übrigen Massnahmen, wie Brechmittel, auf den Kopfstellen des Patienten u. a. m. sind zu verwerfen. JONQUIÈRE.

137) **M. Lermoyez** (Paris). **Gefahren der Laryngotomia inter-crico-thyreoidea. (Dangers de la laryngotomie inter-crico-thyroidienne.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 6. November 1896.*

Vorstellung eines Falles, welcher beweist, dass die Laryngotomie zwischen Ring- und Schildknorpel zwar leichter auszuführen, als die einfache Tracheotomie, aber nicht immer gefahrlos ist. Es handelt sich um einen Tuberculösen, bei dem die Laryngotomie wegen der durch Glottisoedem bedingten Erstickungsanfälle vorgenommen wurde. Nach einer wenige Tage anhaltenden Besserung trat die Dyspnoe von neuem auf und der Patient starb plötzlich. Bei der Section fand sich eine Ulceration am Ringknorpel, da wo das Ende der Canüle auflag.

PAUL RAUGÉ.

138) **A. Depage. Ueber die präventive Tracheotomie. (De la trachéotomie préventive.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 31. 1896.*

Bei schweren Operationen im Bereiche der oberen Luftwege nimmt D. unmittelbar vor der Operation die Präventivtracheotomie auf folgende Weise vor: 1. ausgedehnte Tracheotomie mit dem Thermokauter nach vorhergegangener Incision der Haut mit dem Bistouri; 2. Resection eines elliptischen Stückes von 2 cm Länge aus der vorderen Trachealwand; 3. Einführung eines Jodoformgazetampons in das obere Trachealsegment und Einführen einer gewöhnlichen Trachealcanüle; 4. Hauptoperation; 5. Einführen einer bleibenden Oesophagussonde, welche entweder von der Wunde aus eingeführt wird oder durch einen der Nasengänge; 6. vollständige Tamponade des Pharynx vermittelst aseptischer Gaze; 7. Verbanderneuerung ein- bis dreimal pro Tag je nach den Umständen, bis alle nekrotischen Partien vollständig eliminirt sind; von diesem Augenblick an wird die Tamponade überflüssig. BAYER.

139) **Fletcher Little. Eine seit 23 Jahren getragene Tracheotomiecanüle. (A tracheotomy tube worn for 23 years.)** *British Medical Journal. 5. December 1896.*

Demonstration einer Frau, die seit 23 Jahren wegen einer nicht näher be-

schriebenen Kehlkopfkrankheit eine Tracheotomiecanüle getragen und von derselben niemals Unbequemlichkeiten verspürt hatte, am 27. November 1896 vor der Clinical Society. SEMON.

140) **Walter Hamilton. Die Tracheotomie; einige praktische Winke über die Ausführung der Operation. (Tracheotomy — a few practical hints on the operation.)** *Dominion Med. Monthly and Ontario Med. Journ. Juni 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

141) **Billot. Beitrag zum Studium in die Luftwege gefallener Tracheotomiecanülen. (Contribution à l'étude des canules à trachéotomie tombées dans les voies aériennes.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. März 1896. Med. News. 7. November 1896.*

Verf. stellt anlässlich einer eigenen Beobachtung 19 derartige Fälle zusammen, die in den letzten 26 Jahren publicirt sind. Nachdem eine andere Canüle in die Trachealwunde eingelegt ist, muss man sobald als möglich die Extraction der ersten mittelst Zange ooer Metallschlinge ins Werk setzen. E. J. MOURE.

142) **N. Lunin. Larynxgeschwüre nach der Tracheotomie.** *Wratsch. No. 40. 1896.*

Verf. stellte in der pädriatischen Gesellschaft zu Petersburg Präparate mit Geschwüren des Larynx nach Tracheotomie vor. Keiner wies darauf hin, dass Verschwärung des Kehlkopfes und Arrosion des Truncus anonymus nicht selten seien. Veränderung der Röhrchen bringt in diesen Fällen Nutzen. Die Granulome, welche infolge des negativen Druckes anschwellen, seien häufig Ursache von Athembehinderung. Ein solches Präparat wurde von L. demonstrirt. P. HELLAT.

143) **Chr. Langgaard. Tracheotomie und Phonetik. (Trakeotomi og Fonetik.)** *Hosp. Tid. 1896. S. 1024.*

Verf. beschreibt einen Fall von Croup bei einem 10jährigen taubstummen Knaben, welcher tracheotomirt wurde. Der eigentliche Grund, weshalb L. diesen Fall veröffentlicht, ist der Umstand, dass der Knabe, welcher 2 Jahre lang im Taubstummeninstitut zu Fredericia in der Sprechmethode unterrichtet worden war, und jedenfalls die Anfangsgründe der Artikulation gelernt hatte, plötzlich 8 Tage nach der Tracheotomie anfing, mit klangvoller Stimme zu sprechen, während seine nicht gefensterte Canüle noch in der Trachea sass. L. meint, dass der Knabe durch seine besondere Erziehung in der Sprachmethode gelernt hatte, seinen Larynx auf eine mehr selbstständige und energische Weise, und gewiss auch mehr stossweise zu gebrauchen, als dies gewöhnlich geschieht. Je mehr die Canüle verstopft war, um so besser sprach er. SCHMIEGELOW.

144) **Jórgen Möller** (Kopenhagen). **Ein paar Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Chr. Langgaard: „Tracheotomie und Phonetik". (Et par Bemärkninger i Anledning af Dr. med. Chr. Langgaard's Artikel: „Trakeotomi og Fonetik".)** *Hospitals-Tidende. 1896. S. 1120.*

Polemischer Natur. SCHMIEGELOW.

145) **Forchhammer** (Dänemark). **Tracheotomie und Phonetik. (Trakeotomi og Fonetik.)** *Hospitals-Tidende. 1896. S. 1230.*

Ein Replik, durch die Arbeit von Langgard und Möller hervorgerufen.

SCHMIEGELOW.

146) **Thos. J. Hillis. Die Technik der Intubation bei Kindern. Ein paar Bemerkungen über die Zeit für die Operation und über die Nachbehandlung. (The technique of intubation in children; some remarks on the time for operation and on the after-treatment.)** *N. Y. Med. Record. 24. October und 28. November 1896.*

Der Erfolg des Eingriffs hängt zum grossen Theil ab von der Uebung, dem Achtgeben auf kleine, nebensächlich erscheinende Punkte und der richtigen Ernährung des Kindes durch die Eltern oder Pfleger. LEFFERTS.

147) **N. L. Wilson. Eigenthümlicher Zufall bei einem Falle von Intubation. (Peculiar accident in a case of intubation.)** *The Laryngoscope. Octob. 1896.*

Wegen recidivirender papillomatöser Wucherungen trug der 5jähr. Knabe eine Tracheotomiecanüle. Zum Zwecke des Druckes auf die Geschwulstmaasen wurde ein Intubationsrohr eingeführt. Beim Zurückziehen des inneren Rohres fiel die Tube in das Fenster der Trachealcanüle hinunter und klemmte sich derart fest, dass sie durch den Mund nicht mehr entfernt werden konnte. Sie wurde aus der erweiterten Trachealwunde herausgezogen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

148) **Corradi. Schwierigkeiten bei der Intubation. Ein Mittel zur Erleichterung derselben. (Difficoltà dell'intubazione, e del modo di ripararsi.)** *Arch. d'Otol. 1896. No. 2.*

C. räth, wenn man bei der Intubation Schwierigkeit findet, sich damit zu helfen, dass man zuerst den Mundöffner einführen, dann die Zunge des Patienten durch einen zweiten, rechts stehenden Assistenten herausgestreckt halten lässt. Diese Manipulation hat folgende Vortheile: 1. der Kehlkopf im Ganzen wird etwas emporgehoben; 2. die Taschenbänder nähern sich der Mittellinie und die Deviation der Röhre gegen die Ventrikel wird somit erschwert; 3. die vordere Larynxwand, auf welcher die Röhre zu gleiten hat, wird, von der Hinterfläche der Epiglottis bis nahe zu den Stimmbändern, mehr eben und glatt; dies erleichtert das richtige Einführen der Intubationsröhre.

TOTI.

149) **Galatti** (Wien). **Ueber Narbenstricturen nach Intubation.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 3. u. 4. Heft. 1896.*

Unter 31 Fällen von Intubation mit 18 Heilungen und 13 Todesfällen hatte G. zweimal Narbenstricturen des Kehlkopfes zu verzeichnen. In dem ersten Falle lag der Tubus 436 Stunden, in dem zweiten 213 Stunden, also durch einen Zeitraum, der zwar das Normale wesentlich übersteigt, aber bei Weitem nicht an die Maxima der Intubationsdauer anderer Autoren heranreicht. Diese narbigen Stricturen entwickelten sich offenbar im Anschluss an das Auftreten von Decubitalgeschwüren. In dem ersten Falle wurde die Tracheotomie verweigert, das Kind

starb; in dem zweiten Falle musste die Laryngofissur vorgenommen werden (Gersuny).

SEIFERT.

150) **J. O'Dwyer. Die Intubationsröhre und ihre Modificationen. (The intubation tube and its modifications.)** *N. Y. Med. Record. 19. December 1896.*

Verf. wendet sich mit strenger Kritik gegen eine neuerliche Empfehlung einer Intubationsröhre mit einer Vorrichtung, welche die Extraction erleichtern soll, dabei aber alle anderen Rücksichten ausser Acht lässt. Der empfohlene Apparat hemmt die Function der Epiglottis und das Offenstehen dieser bedingt die Gefahr des Eindringens von Nahrung oder Erbrochenem in die Luftwege. Gerade diesem Punkt hat Verf. bei der Ausbildung der Intubation vollste Aufmerksamkeit zugewandt. Alle die Modificationen, die von Zeit zu Zeit an seinen Instrumenten angerathen werden, stellen nur Verschlechterungen derselben dar. Noch ist keine Verbesserung vorgeschlagen worden und es gehört kein prophetischer Geist dazu, um vorauszusagen, dass — von Veränderungen des Materials der Tuben abgesehen — auch in Zukunft keine Verbesserung möglich sein wird.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

151) **A. Rivière. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. Indicationen und Complicationen der Operation. (Traitement chirurgical des goitres, indications et complications opératoires.)** *Gaz. des hôp. 30. Mai u. 22. August 1896.*

In einer ausgezeichneten Uebersicht stellt Verf., nachdem er die von ihm vorgeschlagene Classification der Schilddrüsengeschwülste dargelegt hat, die verschiedenen operativen Behandlungsmethoden zusammen, die zur Anwendung kommen können, die totale oder partielle Thyroidectomie, die Enucleation und die Exothyropexie. Er bespricht die Indicationen einer jeden und ihre möglichen Complicationen.

A. CARTAZ.

152) **Greiffenhagen. Neunzehn Kropfoperationen.** Gesellschaft Revaler Aerzte. *Petersburger med. Wochenschr. No. 47. 1896.*

Unter den Operirten waren 2 Männer, 17 Frauen. Eiterung trat nur in einem Falle ein. Heilungsdauer kurz. In 12 Fällen wurde kurzdauernder haematogener Icterus beobachtet. Drüsensubstanz wurde in allen Fällen zurückgelassen. Keine Störung des Allgemeinbefindens.

P. HELLAT.

153) **Bergeat. Ueber 300 Kropfexstirpationen an der Bruns'schen Klinik 1883 bis 1894.** *Beiträge z. klin. Chirurgie. XV. 1896.*

Das Verhältniss der Zahl der Männer zu der der Weiber ist 1 : 2,5; die Pubertät muss als eine Prädilectionszeit für das Entstehen des Kropfes gelten.

Die Indication für die Operation waren gew. Athembeschwerden; von 308 Pat. hatten 70 eine substernale Struma, 5 eine subclaviculare, 6 eine endothoracale, 9 eine retrotracheale, 4 eine retroviscerale, 1 mal fand sich ein Fortsatz gegen die

Basis cranii und 2mal bestanden Ringkröpfe; 33mal sind Stimmbandparesen und -Paralysen verzeichnet.

Unter 320 Fällen waren 121 Parenchymkröpfe, 120 Cystenparenchymkröpfe und 79 Cystenkröpfe. Die rechte Seite des Halses prävalirt als Sitz.

Im Allgemeinen machen die Cystenkröpfe viel früher Beschwerden und einen operativen Eingriff nöthig als die parenchymatösen.

79mal wurde die halbseitige Exstirpation gemacht, 176mal die Enucleation, 45mal nach combinirter Methode operirt.

Von den vor der Operation vorhanden gewesenen Stimmbandlähmungen sind 4 unverändert geblieben, 3 bedeutend gebessert, 1 geheilt; von den in Folge der Exstirpation entstandenen 3 völlig, 3 noch nicht ausgeglichen.

Gegenüber im Ganzen 1084 benignen Strumen wurden 55 maligne beobachtet; bei diesen ist fast ausschliesslich das höhere Lebensalter betheiligt, und die Zahl der Männer verhält sich zu der der Frauen = 23 : 29.

Neben Dyspnoe fanden sich in diesen Fällen Schluckbeschwerden und relativ häufig Stimmbandlähmungen (unter 25 genauer beobachteten 10mal).

A. ROSENBERG.

154) **P. Bruns. Beobachtungen und Untersuchungen über die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XVI. 1896.*

B. verfügt jetzt über im Ganzen 350 Fälle, bei denen die Schilddrüsenbehandlung zum Abschluss gekommen ist; ausgeschlossen von dieser Behandlung waren Patienten mit einfachen Cystenkröpfen und mit Basedow'scher Krankheit.

Ein vollständiger Erfolg wurde erzielt in 8pCt., ein guten in 36pCt., ein mässiger in 30pCt., ein geringer oder gar keiner in 25pCt.

Der Erfolg ist im Kindesalter am günstigsten und nimmt mit jedem späteren Jahrzehnt ab; je kürzere Zeit die Struma besteht, um so eher erfolgt ihre Rückbildung.

Eine Besserung beginnt gewöhnlich schon nach wenigen Tagen und sie hat nach Ablauf der 2. Woche oft schon das Maximum erreicht.

Es bleibt bei der Schilddrüsentherapie alles Kropfgewebe unbeeinflusst, das nicht auf einfacher Hyperplasie der Drüsensubstanz beruht, sondern degenerativen und regressiven Processen anheimgefallen ist.

In mehr als $^3/_4$ der Fälle wächst die Struma 1—2—4 Monate nach dem Aussetzen der Schilddrüsenbehandlung wieder.

Versuche an Hunden haben B. gezeigt, dass die Schilddrüsenfütterung eine gesteigerte Secretion anregt, dann aber eine Atrophie sowohl des physiologisch unfertigen als auch eines grossen Theiles des zuvor in Secretionsthätigkeit versetzten Materials herbeiführt. Der Blutgehalt der Struma nimmt erheblich ab.

A. ROSENBERG.

155) **Firbas** (St. Peter). **Zur Klinik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 41. Bd. 1896.*

F. prüfte an dem Material der Kinderklinik und Poliklinik in Graz die Frage,

ob nicht ein Theil der kindlichen Idioten als Cretins aufgefasst werden müsse. Er fand 2 Kinder, bei denen der Zustand als Folge einer fehlenden oder ungenügenden Function der Schilddrüse angesehen werden musste. Die Darreichung von Schilddrüse erzielte in beiden Fällen einen wesentlichen Erfolg. Bezüglich der erworbenen Strumen liess sich feststellen, dass sie sämmtlich der parenchymatösen Form angehörten.

SEIFERT.

156) **E. Drechsel** (Bern). **Die wirksame Substanz der Schilddrüse.** *Centralbl. f. Phys. 1895. No. 24.*

Durch ein besonderes chemisches Verfahren (s. Orig.) gelingt es, neben der Fränkel'schen Base und dem Baumann'schen Thyrojodin eine dritte wirksame Substanz aus der Schilddrüse zu extrahiren. Da die beiden ersteren sowohl von einander verschiedene als von der der ganzen Schilddrüse abweichende Wirkungen erzielen, so hat diese wohl nicht blos eine, sondern mehrere lebenswichtige Functionen zu erfüllen, und producirt daher auch mehrere wirksame Substanzen.

A. ROSENBERG.

157) **Hildebrandt** (Elberfeld). **Zur pharmakologischen Kenntniss des Thyreojodins.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 37.*

H. fand bei Experimenten an Hunden

1. dass das Thyrojodin allein im Stande ist, die nach der Thyreoidectomie auftretenden Ausfallserscheinungen zu coupiren und die Thiere am Leben zu erhalten;
2. dass dasselbe das wirksame Princip der Schilddrüsensubstanz repräsentirt;
3. dass die Anfälle bei thyreodectomirten Hunden mit Ausscheidung von Eiweiss und Zucker verknüpft sein können.

LANDGRAF.

158) **S. H. Frenkel** (Heiden) und **M. Frenkel** (Paris). **Jod im Harn nach Einnahme von Thyreoidin-Tabletten.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1896. No. 37.*

Die Verff. fanden einmal Jodreaction des Harns einer Patientin, der sie wegen Paralysis agitans längere Zeit Thyreoideatabletten verordnet hatten. Später war nie mehr Jod im Harn nachzuweisen.

LANDGRAF.

g. Oesophagus.

159) **Rosenheim. Ueber Oesophagoskopie und Gastroskopie.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 43.*

R. untersucht mit seinem dem Mikulicz'schen nachgebildeten Instrument in Rückenlage mit frei herabhängendem Kopf nach vorausgeschickter Cocainisirung des Rachens und berichtet über diagnostische sowohl wie therapeutische Erfolge.

LANDGRAF.

160) **Garel. Ein Fall von Speiseröhren-Luftröhren-Fistel. (Un cas de fistule oesophago-trachéale.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. 26. 27. Juni 1896.*

Verf. berichtet über einen Fall dieser Art, der durch acute puerperale Oesophagitis entstanden war. Als subjective Symptome wurde Husten und das Regurgitiren von Flüssigkeit beim Schlucken constatirt. Die Communication zwischen Oesophagus und Trachea war bei der laryngoskopischen Untersuchung nach Killian zu sehen. Die Behandlung bestand in Ernährung durch die Oesophagussonde. Zur Zeit werden feste Speisen ohne Schwierigkeiten geschluckt.

E. J. MOURE.

161) **G. Johnson** (Stockholm). **Gleichmässige Erweiterung des Oesophagus bedingt durch eine während des Lebens vorhandene Strictur der Cardia, wahrscheinlich nervöser Natur. (Likformig dilatation af oesophagus, beroende paa en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervost ursprung.)** *Hygiea. October 1895.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, eines 31 jährigen und eines 62 jährigen Mannes; bei dem letzteren wurde bei der Obduction Nichts gefunden, was man als Ursache der Strictur, die offenbar seit 32 Jahren bestanden hatte, ansehen konnte. In dem ersten Falle hatten die Strictur und die Dilatationserscheinungen mehrere Jahre bestanden und wurden mittels Sondirungen, Electricität nnd Ausspülungen bedeutend verbessert. Um die Entstehungsweise dieser Dilatationen zu erklären, tritt Verf. den Anschauungen von Meltzer (du BoisReymond's Archiv, 1883; Berliner klin. Wochenschrift, 1888) bei.

SCHMIEGELOW.

162) **Girard** (Bern). **Behandlung der Speiseröhren-Divertikel. (Traitement des diverticules oesophagiens.)** *Association française de chirurgie. 21. Octob. 1896.*

G.'s Verfahren besteht darin, dass er das Divertikel in die Lichtung der Speiseröhre invaginirt und die Reduction des auf diese Art umgekehrten Sackes durch 2 oder 3 Etagen von Catgutnähten sichert. Das durch die invaginirte Tasche innerhalb der Speiseröhre gebildete Polster atrophirt nach und nach vollständig. Dies Verfahren ist nur bei Divertikeln von geringer Ausdehnung anwendbar. Ist der Sack umfangreich, so kann man seinen Grund resecciren und den Rest, der vom Anfangstheil des Divertikels gebildet ist, invaginiren. Diese Operationsmethode ist weniger eingreifend als die Gastrotomie, die übrigens nur palliativen Werth hat, und als die Totalexstirpation des Sacks, die stets gefährlich ist, weil doch die Speiseröhre eine Oeffnung erhält. Der Verf. hat seine Methode 2mal angewandt, beidemale mit vollständigem Erfolg.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. October 1896.

Alexander: Die Schleimhautcysten der Kieferhöhle.

A. berichtet über 7 derartige Fälle, die fast alle in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke beobachtet worden sind, und fügt zweien eine ausführliche Schilderung des pathologischen Befundes bei. In dem einen Falle handelte es sich um cystös degenerirte Schleimhauthyperplasieen, die das Aussehen gewöhnlicher Schleimhautpolypen der Nase hatten aber bei der histologischen Untersuchung neben ödematösem Bindegewebe vier Arten von Hohlräumen erkennen liessen: 1. erweiterte Drüsenacini, 2. erweiterte Drüsenausführungsgänge, 3. erweiterte Bindegewebsmaschenräume und 4. erweiterte Gefässräume.

Im Anschluss hieran theilte A. den Befund der einer Leiche entstammenden mit 5 kleinen Cysten versehenen medialen Kieferhöhlenwand mit, die er in eine Serie zerlegt hatte. Es zeigten sich in der Antrumschleimhaut alle 4 erwähnten Arten von Hohlräumen. Die Cysten enthielten Drüsen- und Gefässreste, so dass es sich bei Entstehung der Cysten wohl um eine Erweiterung des natürlichen Hohlraumes, wahrscheinlich als Folge einer Verlegung des Drüsenausführungsganges, oder aber um einen destructiven Process handelt, der zum Untergang des Gewebes führt. Die Knochen selbst zeigten stark erweiterte Markräume und an der Oberfläche tiefe Buchten, in die die jederseitige Schleimhaut sich einstülpte, um mit den Markräumen zu communiciren. Es kann demnach wohl ein Entzündungsprocess auf dem Wege der Markräume von einer Schleimhaut direct auf die andere sich ausbreiten.

Die Schleimhautcysten der Kieferhöhle theilt A. in 1. einfache Schleimhautcysten und 2. cystöse Schleimhautpolypen; zwischen beiden Formen giebt es Uebergänge.

Die Möglichkeit eines freien serösen Ergusses in die Kieferhöhle muss theoretisch zugegeben werden; ein beweiskräftiger Fall ist aber bisher noch nicht publicirt.

Druckerscheinungen verursachen nur grosse Cysten; platzen sie, so beobachtet man Ausfluss einer serösen Flüssigkeit aus der Nase. Kleine Cysten verlaufen nahezu symptomlos.

In einigen Fällen bestand starke Hyperplasie der unteren Muschel. Die Durchleuchtung ist für die Diagnose fast gar nicht zu verwerthen, die Probepunction ist ein gutes, aber nicht absolut sicheres diagnostisches Hilfsmittel. Probedurchspülung und Ausheberung sind zu verwerfen.

Die Behandlung kann bestehen in häufigen Punctionen (meist zwecklos), Injection entzündungserregender Flüssigkeiten in die Cyste (nicht gefahrlos), Eröff-

nung der Kieferhöhle und Auskratzung ihrer Schleimhaut; letztere Methode verspricht auch bezüglich der Verminderung des Recidivirens event. Nasenpolypen gewisse Chancen.

Kirstein: Rhinoskopia nach Killian.

Man nennt sie am richtigsten Rhinoscopia profunda. K. hat bei zahlreichen derartigen Untersuchungen den Eindruck gewonnen, dass diese Methode einen sehr werthvollen Zuwachs unseres Könnens darstellt und eine dauerhafte Bereicherung der rhinologischen Technik.

Die Methode hat einen etwas gewaltsamen Character, die Dislocation der mittleren Muschel wird von einem knackenden Geräusch begleitet, doch hat K. nie Schaden davon gesehen. Sie muss durch Einübung an einem grossen Material erlernt werden, und ist nur in besonders ausgewählten Fällen anzuwenden. Ungeeignet sind die Fälle, in denen das lange Speculum mühelos in die Spalten eingleiten kann. Unangenehm sind die häufig auftretenden Blutungen, die das ohnehin beschränkte Gesichtsfeld trüben; durch Schnüffeln des Pat. ist dieser Uebelstand häufig zu vermeiden.

In einzelnen Fällen hat die Killian'sche Methode K. unersetzliche Dienste geleistet.

(Die Discussion wird vertagt.)

Sitzung vom 4. December 1896.

Kirstein zeigt einen neuen Zungenspatel, der ihm für die Besichtigung der tieferen Rachentheile und des Kehlkopfes am geeignetsten erscheint.

Für manche Fälle sind die von Solis Cohen angegebenen katheterförmigen Instrumente für autoskopische Operationen besser als die geraden.

Zu den autoskopisch schwer zu untersuchenden Patienten gehören die Säuglinge.

Scheier zeigt Röntgenphotographieen, an denen die Stirn- und Oberkieferhöhle sich deutlich markirt; in einem Falle sieht man einen Defect im Unterkiefer, in einem anderen eine Kugel im Gehirn, in der Flügelgaumengrube u. a. m. die Larynxphotographieen sind bis auf eine, bei der das Zungenbein sich deutlich abhebt, am Cadaver gemacht. An einer solchen sieht man eine Fracturirung des oberen Horns des Schildknorpels auf der einen Seite, an den übrigen in den Kehlkopf eingeführte metallene Fremdkörper.

Benda: Zur Methodik der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Kehlkopfes mit Demonstrationen.

B. härtet den unaufgeschnittenen Larynx in Salpetersäure und Kalibichromat; dabei werden wahrscheinlich die durch erstere erzeugten Eiweissnitrate in Eiweisschromate umgewandelt. Das so gehärtete Präparat wird dann in eine grössere Reihe Horizontalschnitte zerlegt, so dass man nun an jedem Schnitte eine Ansicht von oben und unten gewinnt. Er demonstrirt eine Reihe derartig hergestellter Präparate: 1. Laryngitis und Tracheitis fibrinosa; 2. und 3. Larynxoedem, das-

selbe ist mit grosser Deutlichkeit und besser als bei den bisherigen Conservirungsmethoden zu sehen; 4. Tuberculosis laryngis; 5. die von B. Fränkel beschriebene Schleimhautfalte, die im Ventrikel in der Decke lateral vom Eingange des Aditus appendicis gelegen ist; 6. eine Erweiterung des Aditus appendicis; 7. eine Hernie des Sinus Morgagni. Während diese gewöhnlich dem Appendix angehören und mit ihm durch einen breiten Zugang zusammenhängen, handelt es sich hier um einen feinen Appendix, von dem ein enger Canal nach einer z. T. in der Plic. aryepigl., z. T. ausserhalb liegenden Höhle führt. Der Pat., bei dem sich die Hernie fand, war ein Phthisiker, bei dem die Hernie plötzlich entstanden war und den Larynxeingang so verlegte, dass der Kranke in kürzester Zeit erstickte; 8. eine durch eine Struma hervorgerufene säbelscheidenförmige Verengerung der Trachea.

Katzenstein: Ueber Autoskopie des Nasenrachenraums mit Demonstrationen.

K. lagert den Pat. mit herabhängendem Kopfe auf einen Tisch und zieht das Gaumensegel mit einem Haken nach vorne und oben. Man bekommt dann den ganzen Nasenrachen mit Ausnahme der Choanen zu sehen.

Diese Methode empfiehlt sich für die Besichtigung und Operation mancher Nasenrachentumoren und mancher Fälle von adenoiden Vegetationen, für die direkte Katheterisirung der Tube und das Einbringen von Medicamenten in dieselbe und für Blutstillung. Sie leistet mehr als der von Lindt angegebene Modus, Nasenrachen des mit hintenüber gelegtem Kopfe auf einem Stuhle sitzenden Pat. von unten zu besichtigen.

B. Fränkel berichtet, dass Lindt ihm mitgetheilt, Zaufal hätte schon im Jahre 1888 die Katzenstein'sche Methode beschrieben, freilich ohne sie practisch zu verwerthen.

Adenoide Vegetationen habe er früher schon häufiger am hängenden Kopfe in Narkose operirt, wäre aber wegen der dabei auftretenden starken Blutung davon zurückgekommen; immerhin bedeute die Methode einen Fortschritt.

Uebrigens zieht er den auch schon von Kirstein erwähnten Namen Euthyskopie (εὐθύς = geradaus) dem der Autoskopie vor.

A. Rosenberg.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. November 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Beim Beginn der Sitzung hielt der Präsident einen warm empfundenen Nachruf an den verstorbenen Sir George Johnson, den ersten Präsidenten und das einzige britische Ehrenmitglied der Gesellschaft.

Der Präsident zeigte Präparate vom Kehlkopf der Solangans und des Cormorans. Die Kehlköpfe dieser Vögel sind durch einen dünnen, dreieckigen von

der Mittellinie der inneren Fläche des Schildknorpels ausgehenden membranösen Sporn, welcher sich hinten an eine correspondirende, starke knorpelige von der Innenfläche des Ringknorpels ausgehenden Leiste anlegt, in zwei von einander getrennte laterale Hälften getheilt.

Unter den ersten Beobachtern dieser physiologischen Anomalie, deren Zweck nicht mit Sicherheit bekannt ist, befindet sich Alexander v. Humboldt.

Der Präsident demonstrirte ferner zwei ihm von Dr. Max Scheier eingesandte Skiagraphien, deren eine den menschlichen Kehlkopf, die andere einen Fremdkörper im Antrum Highmori darstellt. Beide bekundeten einen beträchtlichen Fortschritt in der Aufnahme.

Dr. Clifford Beale. Epitheliom des Kehlkopfs nach Tuberculose und Syphilis.

Das vorgezeigte Präparat stammte von einem Patienten, welcher der Gesellschaft im November 1893 vorgeführt worden war, und welcher damals an syphilischer Laryngitis litt (vgl. Centralblatt Vol. X, p. 434). Bis Ende 1895 blieb er von neuen Symptomen frei, dann bildete sich zuerst eine undeutliche Schwellung im Kehlkopf, welche allmälig zu wuchern anfing und sich mikroskopisch als Epitheliom erwies. Der Patient ging bald darauf zu Grunde. Die Autopsie erwies ausgedehnte krebsige Zerstörung des Oesophagus und Kehlkopfs, verkalkte Knötchen in den Lungen und fibröse Degeneration eines Testis.

Dr. Bond. Ein Fall von Entwickelungshemmung bei einem Kinde.

Fall von sporadischem Cretinismus bei einem 8jährigen Kinde, welches durch Schilddrüsen-Tabloide bedeutend gebessert worden war.

Dr. Bond. Ein Fall von Sarcom der Nase, welches am 12. Juni zum letzten Male operirt worden war.

Der Patient hatte vor fünf Jahren zuerst an einem Sarcom der Nase gelitten. Er war der Gesellschaft im Mai dieses Jahres demonstrirt worden: zu jener Zeit füllte eine fungöse gefässreiche Masse von Sarcom den Boden der linken Nasenhälfte. Die Operation (Rouge) hatte zu schneller Heilung geführt, bisher war ein Recidiv nicht erfolgt.

Mr. Bowlby bezweifelte die typisch-sarcomatöse Natur der Neubildung. An einzelnen Stellen schien sie ihm epitheliomatöser Natur zu sein.

Dr. Bond. Angiom des Septum nasi.

Der Patient, ein 30jähriger Mann, kam im Januar 1896 nach dem Golden Square Hospital mit der Klage über starkes Nasenbluten aus dem linken Nasenloch. Es zeigte sich ein weicher gefässreicher, von der linken Seite des knorpeligen Septums ausgehender Polyp. Derselbe wurde von Dr. Bond entfernt, recidivirte im Juli, und wurde von Neuem von Dr. Lack entfernt. Am 17. Oktober kam der Patient wieder mit der Angabe, dass er seit 14 Tagen zweimal täglich starkes Nasenbluten gehabt hatte. Die recidivirte Geschwulst wurde mit der kalten

Schlinge entfernt, ihr Ausgangspunkt curettirt, und dann mit dem Galvanocauter gebrannt. Solche Fälle sind nach der Erfahrung des Vortragenden sehr selten. Drei derselben sind von Dr. Natier unter dem Titel „Polype saignant de la cloison" beschrieben worden.

Mr. Creswell Baber. Mycocele des Sinus frontalis; Radikaloperation; Genesung.

Die Patientin war eine 50jährige Frau, die seit Juni 1895 an stinkendem Ausfluss aus dem linken Nasenloch und linksseitigem Exophthalmus gelitten hatte. Da das linke Antrum bei der Durchleuchtung dunkel blieb, so wurde es nach der Grünwald'schen Methode eröffnet, aber kein Eiter in ihm gefunden. Es wurde sodann die linke Stirnhöhle trepanirt und mit klarem klebrigem Schleim und Cholesterinkrystallen angefüllt gefunden. Die Secretion war einen Monat später nicht zum Stillstande gekommen und mittelst des Bohrers und Meissels wurde eine Communication der Höhle mit der Nase angelegt, durch welche ein Drainrohr geführt wurde. Nichtsdestoweniger erfolgte kein freier Abfluss durch die Nase, und das Secret wurde eitrig. Es wurde daher im Juni 1896 eine Radikaloperation behufs Obliteration des Sinus vorgenommen, und die ganze vordere Wand desselben sowie die ihn auskleidende Schleimhaut fast vollständig entfernt. Im Juli war die Heilung vollkommen, und gegenwärtig (November 1896) ist die Patientin frei von allen Stirnhöhlensymptomen, obwohl foetider Ausfluss aus der Nase (zweifelsohne das Resultat von Erkrankung der Siebbeinzellen) noch vorhanden ist. Die Siebbeinzellenerkrankung hatte nach dem Glauben des Vortragenden wahrscheinlich den Anstoss zu der Verstopfung des Ausführungsganges und der Bildung der Mucocele des Sinus frontalis gegeben.

Dr. Bond war der Ansicht, dass möglicher Weise eine weniger entstellende Operation ausgereicht hätte, angesichts der Thatsache, dass es sich nur um eine Mucocele gehandelt habe. — Dr. Ball hatte bemerkt, dass der Nervus supraorbitalis durchschnitten worden sei, und gegenwärtig Anästhesie der Regio supraorbitalis vorliege. Er wünschte zu wissen, ob dies eine nothwendige Folge der Radicaloperation sei.

Mr. Baber antwortete, dass der Verlauf des Falles ein anderes Vorgehen als das von ihm eingeschlagene unmöglich gemacht hatte, und dass er nicht sehe, wie die Verletzung des Nervus supraorbitalis bei der Radicaloperation zu vermeiden sei.

Dr. E. Law: Ein Fall von Hämatom (?) des Gaumens.

Die Patientin consultirte den Vortragenden am 28. October auf den Rath ihres Arztes wegen häufiger Schmerzen in der linken Seite des Mundes und Halses, Schmerzes und Schwierigkeit beim Schlucken, Anschwellung und Empfindlichkeit hinter und unter dem Kieferwinkel linkerseits. Ihrer Angabe nach war am vorhergehenden Abend, während sie etwas Toast ass, plötzlich etwas in ihrem Munde geplatzt, und sie entleerte sofort eine grosse Masse eigenthümlich aussehenden geronnenen Blutes, gefolgt von einer Tasse voll lebhaft roth gefärbten flüssigen Bluts und Speichels. Dabei erfolgte weder Husten noch Erbrechen, auch hatte sie vor dem

Ereigniss absolut keinen Schmerz, Unbequemlichkeit oder Gefühl von Völle im Mund oder Hals. Ihre Mandeln waren 7 Jahre früher nach einem Anfall von Septicaemie entfernt worden. Bei der Untersuchung zeigte sich ein grosser entleerter Sack, welcher sich über die linke Seite des harten und weichen Gaumens erstreckte, von birnförmiger Gestalt war mit der breiten Seite nach vorn, und an die Blase einer Brandwunde erinnerte. Die ganze Schleimhaut hatte ein ecchymotisches Aussehen, welches durch eine Anzahl kleiner rother Pünktchen unterhalb des aufgelockerten Epithels zu Stande kam, und die Umgebung der Stelle war geröthet. Die Epiglottis war hyperämisch, die anderen Theile der Schleimhaut des Halses und Mundes normal. Unter einer Aristol- und Cocain-Behandlung und geeigneter Diät erholte sich die Patientin schnell.

Dr. Herbert Tilley: Sarcom der rechten Tonsille.

Der 72jährige Patient wies eine grosse Geschwulst der rechten Seite des weichen Gaumens auf, die sich beinahe bis zur linken Tonsille und nach unten so weit erstreckte, als der Finger des Untersuchenden reichte. Es war auch unmöglich, einen Katheter weiter als 3 Zoll in das rechte Nasenloch einzuführen. Unter dem rechten Kieferwinkel fand sich eine vergrösserte Drüse. Die innere Oberfläche der Geschwulst war nicht ulcerirt, und gab ein deutliches Gefühl von Fluctuation. Bei wiederholter Punction mit einem Bistouri aber erfolgte nur starke Blutung und eine Woche später entleerte sich übelriechende seröse Flüssigkeit aus den Einstichen.

Die Meinungen der Gesellschaft gingen darüber auseinander, ob es sich um eine entzündliche Schwellung oder um ein Sarcom handelte. Die meisten neigten sich letzterer Ansicht zu, und Mr. Walsham warnte vor weiteren Eingriffen.

Dr. H. Tilley: Ein Fall von syphilitischer Laryngitis.

Der Patient, ein 45jähriger Mann, klagte über Heiserkeit und Athembeschwerden. Bei laryngoskopischer Untersuchung zeigte sich Oedem der Giessbeckenknorpel, besonders des rechten mit starker Verdickung des rechten Stimmbands und vollständiger Unbeweglichkeit des Stimmbands. Das linke Stimmband war anscheinend normal, war aber in seiner Auswärtsbewegung beträchtlich behindert.

Der Präsident meinte, dass sich der Fall schliesslich wahrscheinlich als bösartig entpuppen würde, und glaubte eine subglottische Schwellung unter dem rechten Bande entdecken zu können. Er hielt baldige Tracheotomie für deutlich indicirt. — Dr. Beale wies auf die Aehnlichkeit hin, welche dieser Fall mit dem von ihm vor zwei Jahren demonstrirten zeigte, von welchem er soeben die Präparate vorgezeigt hatte. Auch er hielt krebsiges Leiden für wahrscheinlich. — Mr. Spencer rieth zur sofortigen Tracheotomie und Entfernung eines Stücks behufs mikroskopischer Untersuchung. Ergäbe sich die bösartige Natur des Leidens, so könne die Radicalbehandlung sofort angeschlossen werden.

Dr. St. Clair Thomson: Abtropfung von Cerebrospinalflüssigkeit aus einem Nasenloch.

Die Patientin war 23 Jahre alt, und hatte seit $2^1/_2$ Jahren an Abtropfung

wasserheller Flüssigkeit aus dem linken Nasenloch gelitten. Anfänglich war dieses Abtropfen intermittirend gewesen, seit Weihnachten 1895 war es aber constant geblieben; es ist verstärkt, wenn sie den Kopf vorneigt. (Während der Demonstration, d. h. im Laufe von etwa 5 Minuten wurde mehr als 1 g einer wasserhellen geruchsfreien Flüssigkeit secernirt und gesammelt.) Die Flüssigkeit war zweimal von Dr. Hewlett, Pathologen des Throat Hospitals, analysirt worden, der gefunden hatte, dass sie in ihrer Zusammensetzung mehr der Cerebrospinalflüssigkeit als dem Nasenschleim ähnelte. Die Patientin hatte seit Kindheit an Kopfschmerzen gelitten, welche stets nachliessen, sobald sich Flüssigkeit aus der Nase entleerte. Seit die Secretion constant gewesen war, sind diese Kopfschmerzen nur leicht gewesen und selten geworden. Die Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen ergab negative Resultate, der Geruchssinn hat nicht gelitten, und die Flüssigkeit riecht weder noch schmeckt sie schlecht. Sie hat nie an sonstigen Nervenaffectionen gelitten, und ist in allen anderen Beziehungen gesund. Sie suchte das Hospital nur wegen der Unbequemlichkeit des constanten Abtropfens der Flüssigkeit auf. Die Untersuchung der Augen gab vollständig normale Verhältnisse, weder optische Neuritis, noch Atrophie des Opticus. Im weiteren besprach der Vortragende die bisher veröffentlichten ähnlichen Fälle. Er hielt das Vorkommen des Abtropfens von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase für häufiger, als man nach den bisher veröffentlichten Mittheilungen annehmen würde.

Dr. Willcocks: Multiple Papillome des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 8jähriger Knabe, der an multiplen Kehlkopfpapillomen litt, und wurde gezeigt, weil nach der Entfernung per vias naturales ein Recidiv eingetreten war, und der Vortragende zu wissen wünschte, ob er 1. Thyreotomie vornehmen, oder 2. nur tracheotomiren und dann per vias naturales vorgehen, oder 3. einfach die intralaryngeale Operation je nach den Erfordernissen des Falles wieder aufnehmen solle.

Der Präsident rieth entschieden zur dritten Alternative und wies auf Grund der bisher gesammelten Erfahrung darauf hin, dass Thyreotomie in solchen Fällen ganz und gar keine Garantie gegen Recidive böte. — Dr. Bond und Mr. Spencer schlossen sich dieser Ansicht an; alle stimmten darin überein, dass man bei kleinen Kindern eventuell tracheotomiren und dann warten solle, bis intralaryngeale Operationen möglich würden, dass aber die Thyreotomie in solchen Fällen nicht zu empfehlen sei.

Mr. W. G. Spencer: Zwei Fälle von bösartiger Neubildung des Kehlkopfes. 1. Rundzelliges Carcinom des Stimmbandes; 2. vom Perichondrium ausgehendes Sarcom des Ringknorpels.

Die beiden Fälle, so verschieden sie in sich waren, hatten das gemeinsame, dass die Schleimhaut in beiden Fällen intact war, und daher die Symptome fehlten, welche durch Ulceration verursacht werden.

1. Rundzellencarcinom eines Stimmbandes.

Der Patient im ersten Falle war ein 70jähriger Mann, der seit drei Monaten an Heiserkeit gelitten hatte. Das linke Stimmband war theilweise fixirt, konnte

nicht weiter adducirt werden, zeigte aber einen beschränkten Grad von Auswärtsbeweglichkeit. Das Stimmband selbst war leicht geröthet. Jodkalium und Quecksilber führten keine Besserung herbei, das Stimmband wurde allmälig vollständig fixirt und verschmolz mit der benachbarten Schleimhaut, so dass man es nicht länger erkennen konnte. Es bildete sich in ihm eine Schwellung, welche bis zur Medianlinie reichte. Die Epiglottis wurde etwas nach hinten gezogen, und eine Inspection war nur bei tiefer Inspiration möglich; die Heiserkeit nahm zu, während sonstige Symptome ausblieben. Drüsenvergrösserung war nicht vorhanden. Die Diagnose wurde von Dr. de Havilland Hall und Dr. Semon bestätigt. Die Thyreotomie wurde vorgenommen, und die Geschwulst nebst ihrer Umgebung in der gewöhnlichen Weise entfernt. Ein Theil des Giessbeckenknorpels und der vorderste Abschnitt des rechten Stimmbands mussten mit entfernt werden. Es erfolgte Genesung ohne jeglichen Zwischenfall. Der Patient spricht mit heiserer aber wohl vernehmlicher Stimme. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte sich heraus, dass die tieferen Theile der Geschwulst aus Gruppen kleiner runder Epithelialzellen besteht, die von Leisten infiltrirt sind und von dichtem fibrösem Gewebe umgeben werden. Die Geschwulst ist daher den langsam wachsenden Hautcarcinomen zu vergleichen.

2. Perichondrales Sarcom des Ringknorpels.

Die Patientin, eine 43jährige Frau, wurde wegen seit vier Monate bestehender Athembeschwerden ins Westminsterhospital unter Dr. de Havilland Hall aufgenommen. Derselbe fand eine subglottische Verdickung, während die Action der Stimmbänder frei war. Die Verdickung ging hauptsächlich von der rechten Seite aus. Die Dyspnoe nahm allmälig zu, die Tracheotomie wurde vorgenommen, und es zeigte sich bei Inspection von unten, dass das Innere des Cricoidknorpels durch eine von normaler Schleimhaut überzogene Neubildung fast ausgefüllt war. Die projectirenden Theile wurden mit der Zange entfernt, und erwiesen sich als sarcomatös. Bald darauf erfolgte ein Recidiv nebst Drüsenanschwellung aussen am Halse. Der Kehlkopf, die beiden ersten Ringe der Trachea und die vergrösserten Drüsen wurden entfernt, und es gelang, eine Anzahl der letzteren von der Jugularis interna abzulösen, ohne das Gefäss zu verletzen. Die Trachea wurde unterhalb der Tracheotomiewunde, bis zu welcher die Neubildung sich erstreckt hatte, quer durchschnitten. Die Wunde wurde vernäht und heilte. Die Patientin kann gut schlucken und mit heiserer Flüsterstimme sprechen. Der Kehlkopf sowie die mikroskopischen Präparate wurden demonstrirt. Die Geschwulst war ein Rundzellensarcom, welches offenbar unterhalb der das Innere des Schildknorpels bedeckenden Schleimhaut entstanden war. Ein Recidiv ist natürlich zu befürchten.

Der Präsident sprach den Wunsch aus, dass Mr. Spencer die Gesellschaft über den weiteren Verlauf der beiden Fälle informiren würde, da beide äusserst seltener Natur seien. — Mr. Bowlby schlug vor, dass die mikroskopischen Präparate der Commission zur Untersuchung von Neubildungen überwiesen werden sollten. Dies wurde angenommen.

Mr. E. C. Stabb: Ein Kehlkopffall für Diagnose. ? Doppelseitige bösartige Erkrankung.

Die Patientin war eine 56jährige verheirathete Frau, die seit einem Jahr an allmälig zunehmendem Stimmverlust und leichten Athembeschwerden ohne Schmerzen gelitten hatte. Sechs Wochen vor der Demonstration zeigten sich, als sie das St. Thomas Hospital aufsuchte, beide Taschenbänder stark geschwollen. Seitdem haben sie sich mehr und mehr infiltrirt, und waren zur Zeit der Demonstration oberflächlich ulcerirt. Die Stimmbänder sind von der Schwellung verdeckt und unsichtbar. Die rechte Hälfte des Kehlkopfs ist fast unbeweglich, an der linken wurden bei Phonation geringe Einwärtsbewegungen bemerkt. Keine Drüsenschwellung am Halse. Lungen gesund, keine Vorgeschichte von Syphilis, Jodkali kat keine Besserung bewirkt.

Dr. W. Hill erwähnte, dass er einen Fall von Adenofibrom des Kehlkopfs bei einem alten Herrn gesehen habe, welcher genau dieselben Erscheinungen dargeboten hatte, wie der demonstrirte Fall. — Mr. Bowlby hielt denselben für einen Fall von Krebs.

Dr. Ball: Ulceration des Mundes von zweifelhaftem Ursprung.

Die Patientin war eine 25jährige barmherzige Schwester, die seit mehr als Jahresfrist an Wundgefühl im Munde gelitten hatte. An der Schleimhaut beider Backen zeigten sich unregelmässig gestaltete Erosionen, sowohl die Schmerzen wie die Stellen selbst waren periodischem Wechsel unterworfen. Niemals zeigten sich pemphigus- oder herpesartige Blasen. Ausserdem hatte die Patientin von Kindheit an sogenannter „Landkartenzunge“ gelitten. Localbehandlung verschiedenster Art hat nichts genützt. Gegenwärtig beabsichtigt Dr. Ball, eine Arsenikbehandlung einzuleiten, wünsche aber vorher Meinungen über die Natur des Leidens zu hören.

Der Präsident erinnerte an den ganz ähnlichen Fall, den er vor einigen Jahren der Clinical Society demonstrirt hatte. (Vgl. Centralblatt X, p. 22.) Mr. Spencer meinte, dass man an leichten Scorbut denken könnte, dem die Patientin infolge ihrer ärmlichen Lebensweise ausgesetzt sei.

Dr. J. Horne: Linksseitige Erkrankung der Tonsille, des weichen Gaumens, Rachens und Kehlkopfs von syphilitischem Aussehen bei Lungentuberculose.

Der Titel zeigt um was es sich handelt. Die Patientin war eine 28jährige Frau, die mit Ausnahme von einem Abortus und Ausfallen der Haare keine anderen Zeichen von Syphilis, dagegen unzweifelhafte Lungentuberculose aufwies. Die Geschwüre in den oberen Luftwegen waren weder für Tuberculose noch für Syphilis charakteristisch.

Dr. Clifford Beale hielt sie für tuberculös.

Dr. Dundas Grant: Krebs der Schilddrüse.

Typischer Fall mit bedeutender Vergrösserung und steiniger Härte der

Schilddrüse, sowie Vergrösserung der Cervicaldrüsen, keine Stimmbandlähmung aber Trachealverengerung. Die Patientin war eine 57jährige Frau.

Mr. Bowlby hatte zwei ähnliche Fälle gesehen; die Diagnose könne nicht zweifelhaft sein, eine Operation sei völlig ausgeschlossen.

Felix Semon.

III. Briefkasten.

Corrado-Corradi †.

Am 27. December 1896 starb in Turin im Alter von nur 38 Jahren Dr. Corrado-Corradi, Vertreter der Oto-Rhino-Laryngologie an der dortigen Hochschule. Corradi, der bis zum Jahre 1895 Chefarzt an der laryngo-rhino-otiatrischen Abtheilung des Hospitals in Verona gewesen und erst kürzlich nach Turin berufen war, hat die Literatur unseres Specialfaches durch zahlreiche wissenschaftliche Beiträge bereichert.

Laryngologische und rhinologische Abtheilung der 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Braunschweig, 20.—25. September 1897.

Der Vorstand dieser Abtheilung hat folgendes Circular erlassen:

Braunschweig, im März 1897.

Hochgeehrter Herr!

Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abtheilung für

Laryngologie und Rhinologie

beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September hier stattfindenden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hülfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medicinischen

Abtheilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. Vogel in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschliessen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. Max Müller hierselbst übernommen hat. Die Anmeldung von Mittheilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls spätestens bis Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abtheilungen kundgeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Der Einführende:

Dr. med. Siegmund Fleischer, Arzt für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Wilhelmithorpromenade 38.

Die Schriftführer:

Dr. med. Carl Dorn, Arzt für Nasen-, Ohren- und Halsleiden. Moltkestrasse 11. p.

Dr. med. Otto Weichsel, Arzt. Bohlweg 66. II.

XII. Internationaler Medicinischer Congress.

Moskau, 19. (7.) bis 26. (14.) August 1897.

Die Section für Laryngo- und Rhinologie.

Organisations-Comité:

Geschäftsführer: Dr. E. Stepanow, Pr.-Doc., Moskau.

Secretär: Dr. A. Bièliaeff, Moskau.

Mitglieder des Comités: Dr. G. Boëw (Moskau), Dr. A. Bièliaeff (Moskau), Dr. B. Werchowsky, Pr.-Doc. (St. Petersburg), Dr. N. Wolkowitsch, Pr.-Doc. (Kiew), Dr. M. Fronstein (Moskau), Dr. A. Haudring (Moskau), Dr. Th. Hering (Warschau), Prof. Dr. M. Lomikowsky (Charkow), Prof. Dr. W. Nikitin (St. Petersburg), Dr. K. Rauchfuss (Chefarzt am Kinderhospital des Prinzen Oldenburg), Prof. Dr. N. Simanowsky (St. Petersburg), Dr. A. Sokolowsky (Warschau), Dr. N. Skott (Moskau), Dr. A. Jacobson (St. Petersburg).

Sehr geehrter Herr College!

Das Organisationscomité der Section für Laryngo-Rhinologie des XII. Internationalen Congresses zu Moskau giebt sich die Ehre Ihren gefäll. persönlichen Antheil an den Sectionsbeschäftigungen zu erbitten.

Laut § 17 des Congressreglements sind die Sectionssitzungen dem Anhören und Begutachten von Vorträgen schon früher eingeladener Referenten über vom Comité gewählte Themata gewidmet. Alle noch restirende Zeit soll für specielle Themata, nach eigener Wahl der betreffenden Herren Referenten, reservirt bleiben.

Fast alle vom Comité ersuchten Personen, auf sich die Pflichten officieller Referenten übernehmen zu wollen, haben diese Einladung dermaassen wohlwollend angenommen, dass die Ausfüllung des officiellen Programms heut zu Tage als nahezu gesichert betrachtet werden kann.

Nachstehende Themata hat das Comité als officielle vermerkt:

1. Diagnose und Therapie der Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase (exclusive der Oberkieferhöhle) (Dr. E. J. Moure-Bordeaux, Dr. M. Hajek-Wien, Dr. J. W. Gleitsman-New York).
2. Cancer laryngis. Diagnose und Therapie (Prof. O. Chiari-Wien, Dr. G. Catti-Fiume).
3. Aetiologie und Therapie des Verlustes der Singstimme (Prof. Krause-Berlin, Dr. Lermoyez-Paris).
4. Die Fortschritte in der Behandlung der Larynxtuberculose seit dem letzten internationalen Congresse (Dr. Ruault-Paris).
5. Laryngo-stroboscopie (Prof. Simanowsky-St. Petersburg).
6. X-Strahlen in der Laryngo-Rhinologie (Dr. J. Macintyre-Glasgow, Dr. Mount Bleyer-New York).
7. Oesophagoscopie (Prof. V. Hacker-Innsbruck).
8. Die Verwendung der Photographie in der Laryngologie (Dr. J. K. French-Brooklyn).

Ausserdem wird beabsichtigt eine vereinte Sitzung mit den anderen Sectionen in betreff der Serotherapie der Diphtheritis zu organisiren.

Das Comité schmeichelt sich der Hoffnung, dass Sie, sehr geehrter Herr College, Ihre Beobachtungen und Erfahrungen sowohl in den unser Programm enthaltenden, als auch im Bereiche unserer Specialität betreffenden Fragen mit uns zu theilen wünschen werden.

Wir ersuchen Sie ergebenst, uns die Angaben des von Ihnen gewählten Themas und ein ausführliches Resumé seines Inhaltes spätestens zum 1. Juni zusenden zu wollen, damit dasselbe noch rechtzeitig in Druck komme.

Hochachtungsvoll

E. Stepanow, Pr.-Doc. (Spiridonowka, 12).

A. Bièliaeff (Spiridonowka, eig. Haus).

Moskau, den 15. (27.) März 1897.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, Juni. 1897. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Noltenius** (Bremen). **2. Jahresbericht über die Thätigkeit meiner Privatklinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 10. 1896.*

N. vollführt die Operation der adenoiden Vegetationen nur noch in leichter Narkose; das Creosot innerlich erwies sich bei der Behandlung der Larynxphthise als sehr gutes Mittel. Anomalien der Nasenpartie werden mit Säge und Scheere beseitigt; die electrische Nasensäge arbeitet nicht so elegant und schonend wie die mit der Hand geführte Säge. Ein Fall von Tic convulsif wurde durch Beseitigung einer sich in die untere Muschel einbohrenden Crista geheilt. Schliesslich meint N., wohl jede Kieferhöhleneiterung heile nach künstlicher Eröffnung durch Ausspülungen; Verf. möchte dies theilweise bestätigen und zufügen: zuweilen erst nach jahrelanger Behandlung; wenn N. aber meint, bei den nicht heilenden Fällen liegen Complicationen mit Empyemen der Siebbein- oder Stirnhöhle vor, so ist dies nicht richtig, denn die Ursache liegt in hochgradigen Veränderungen der Kieferhöhlenschleimhaut selbst, namentlich Granulations- und Polypenbildung.

SCHECH.

2) **R. Botey** (Barcelona). **Klinische Studien über Laryngologie, Otologie und Rhinologie, ihre Ausübung und Unterweisung in Europa. Die Oto-Rhino-Laryngologie in Holland. (Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologiá y Rinologia, su práctica y ensenanza actual en Europa. La Oto-Rino-Laringologia en Holanda.)** *Revista de Medic. y Cirurg. practic. No. 483 u. 485. 1896.*

Verf. beschäftigt sich diesmal mit den verschiedensten Vertretern unserer Specialität in Holland und den Niederlanden, insbesondere mit Guye, Burger, Meyjes, Zwaardemaker, Brondgeest und Doyer in Leyden, der als einziger in Holland mit dem Lehrstuhl für Otologie officiell betraut ist. Auf dem Gebiete der Laryngologie und Rhinologie hebt Verf. hervor die Monographie Burger's über die Lähmung des Posticus und seine Arbeiten über das Empyem

des Sinus maxillaris und die Kehlkopfsstörungen bei der Tabes, sowie die interessanten Arbeiten Zwaardemaker's über die Functionen des Nervus olfact., die Olfactometrie, die Anosmie etc. Autoreferat.

3) **R. Botey** (Barcelona). **Klinische Studien über Laryngologie, Otologie und Rhinologie, ihre Ausübung und Unterweisung in Europa. Die Oto-Rhino-Laryngologie in Dänemark und Scandinavien. (Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia y Rinologia, su práctica y ensenanza acutal en Europa. La Oto-Rino-Laringologia en Dinamarca y Escandinavia.)** *Revista de Medic. y Cirurg. practic. No. 487. 1896.*

Als Vertreter unserer Specialität in genannten Ländern hebt Verf. u. A. hervor W. Meyer in Kopenhagen, bekannt u. a. durch seine Arbeit über die adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraums, ferner den nicht minder in der Literatur bekannten Schmiegelow. Autoreferat.

4) **R. Botey** (Barcelona). **Klinische Studien über Laryngologie, Otologie und Rhinologie, ihre Ausübung und Unterweisung in Europa. Die Oto-Rhino-Laryngologie in Russland. (Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia y Rinologia, su práctica y ensenanza actual en Europa. La Oto-Rino-Laringologia en Rusia.)** *Revist. de Medic. y Cirurg. pract. No. 491, 494, 497. 1896.*

Rauchfuss ist der erste, der in Russland den Kehlkopfspiegel benutzte, und Jacobson der erste, der daselbst mit Erfolg den Schrötter'schen Kehlkopf-Dilatateur anwandte. Als Vertreter unserer Specialität im Lande sind hervorzuheben: Stanislaus v. Stein in Moskau, dessen zahlreiche Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie bekannt sind, ferner Heryng in Warschau, nicht minder bekannt durch seine ausgezeichneten Artikel über die chirurgische Behandlung der Larynx-Tuberculose, Sokolowski, Wroblewski, Sendziak und Meyerson. Autoreferat.

5) **John O. Roe. Athmen und Radfahren. (Breathing and bicycling.)** *Buffalo Med. Journal. December 1896.*

Verf. warnt Radfahrer und Athleten vor dem Mundathmen: die üblen Folgen desselben sind gerade bei ihnen unausbleiblich. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **Garzia. Lactophenin bei Behandlung der Influenza. (Lactophenine in the treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 5. December 1896.*

Verf. giebt 0,42—0,90 g Lactophenin drei- oder viermal pro die gegen Influenza und ihre Complicationen. Nach seinen Erfahrungen mildert das Mittel das Fieber und die nervösen Erscheinungen und kürzt den Verlauf der Krankheit ab. Er hält es für wirksamer als Chinin und Salicylsäure. LEFFERTS.

7) **D. S. Reynolds. Augen-, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. (Diseases of Eye, Ear, Nose and Throat.)** *New England Med. Monthly. August 1896.*

Zusammenstellung von Ordinationen mit Rücksicht auf die Armenpraxis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

8) **George Stoker. Vorlesung über chronische Drüsenerkrankung in Nase und Nasenrachenraum. (Lecture on chronic glandular disease of the nose and nasopharynx.)** *Clinical Journal. 21. October 1896.*

Man findet oft Massen von Granulationsgewebe (Tuberkel der Nasenscheidewand) an der Wand des Septums gegen die Mitte der mittleren Muschel hin. Postnasale Geschwülste sollen unter Narkose am hängenden Kopfe entfernt werden. Wir finden oft weit nach hinten Adhäsionen zwischen den Muscheln und der inneren Nasenwand (? inner wall of the nostril). Diese werden beseitigt mit einem Schwamm, der auf einer Zange befestigt und durch das Nasenloch (? nostril) eingezwängt wird. Die Geschwülste werden mit der Loewenberg'schen Zange entfernt. — Für die Abtragung der Tonsillen eignet sich die Mackenzie'sche Guillotine am besten. Bei folliculärer Pharyngitis ist der Galvanokauter zu benutzen. Nur eine Seite wird in einer Sitzung geätzt. ADOLPH BRONNER.

9) **W. F. Barclay. Erkrankungen der Nase und des Halses bei Kindern. (Diseases of the nose and throat in children.)** *N. Y. Medical Journal. 28. November 1896.*

Verf. beleuchtet die möglichen Folgen acuter und chronischer eitriger und muco-purulenter Nasenentzündungen bei Kindern. Er betont die Nothwendigkeit grösserer Aufmerksamkeit der Familienärzte auf diese Affectionen und weist nach, dass fast alle, wenn nicht alle pathologischen Vorkommnisse in der Nase im späteren Lebensalter in diesen Erkrankungen der Kindheit ihren Ursprung haben. Man soll die Kinder anhalten, mehr durch die Nase zu athmen, als durch den Mund. Die Eltern müssen belehrt werden, dass Kinder, die nicht durch die Nase athmen können, durch chirurgischen Eingriff leicht zu heilen sind. LEFFERTS.

10) **L. Furst. Behandlung von Rhagaden und Coryza bei Säuglingen. (Traitement des rhagades et du coryza chez les nourrissons.)** *Revue des maladies de l'enfance. November 1896.*

Die Fissuren, die man oft bei Säuglingen am Naseneingang beobachtet, sind gewöhnlich an einen Nasencatarrh gebunden. Diesen muss man zuerst mit Injectionen von Salzwasser oder Borlösung behandeln. Nach jeder Ausspülung fettet man Naseneingang und -Höhle mit Bor-Lanolin ein. Die Fissuren selbst können gleichzeitig mit Argentum nitricum $^1/_{100}$ gepinselt werden. PAUL RAUGÉ.

11) **W. C. Wile. Nasencatarrh und seine Behandlung. (Nasal catarrh and its treatment.)** *New England Med. Monthly. August 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **Henry J. Mulford. Die Behandlung der acuten Rhinitis. (Therapy of acute rhinitis.)** *American Medico-Surg. Bulletin. 21. November 1896.*

Den Gebrauch von Pulvis Doweri und Chinin hat Verf. aufgegeben. Bei ge-

wöhnlicher Erkältung verordnet er Calomel und Natr. bicarbonicum, bisweilen Pilocarpin. An harnsaurer Diathese Leidende erhalten auch Lithia.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

13) **F. Eloy. Die Behandlung acuter Nasen- und Rachencatarrhe. (The treatment of acute nasal and pharyngeal catarrhs.)** *British Med. Journal. 7. November 1896.*

Eine subcutane Injection von 0,0004 g Atropin. sulfuricum mit 0,01 Morphin. sulfur. lässt alle Symptome in wenigen Minuten verschwinden (?).

ADOLPH BRONNER.

14) **G. Rosenfeld. Die Behandlung der acuten Coryza. (The treatment of acute coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 5. December 1896.*

R. wischt die Nase mit einer 4proc. Argentum nitricum-Lösung dreimal innerhalb einer Stunde aus. Nach 3—20 Stunden wird dies wiederholt. Das Verfahren soll einigermaassen schmerzhaft, aber höchst wirksam sein. LEFFERTS.

15) **John Winslow. Eitrige Rhinitis mit besonderer Berücksichtigung des chronischen Empyems der Siebbein- und Keilbeinhöhlen. (Rhinite purulente avec étude speciale de l'empyème chronique des sinus ethmoidaux et sphenoidaux.)** *Presb. Eye and Throat Charity Hosp. Rep. 1896. La Pratique Medicale. No. 28—30. Juli 1896.*

W. betont die Häufigkeit der Nebenhöhleneiterungen in Fällen von Nasenpolypen, Ozaena, trockener Pharyngitis und Cephalalgie. Ueber die Symptomatologie und Behandlung derselben bringt er Neues nicht bei. E. J. MOURE.

16) **J. F. Rumbold. Supplementäre Maassregeln bei Behandlung chronischer Nasenentzündung. (Supplementary courses of treatment required for chronic nasal inflammation.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. October 1896.*

Verf. räth, alle localen Applicationen in den Jahreszeiten, in denen die Patienten Nasen-, Hals- und Ohrenentzündungen durch Erkältung besonders leicht acquiriren, bei Seite zu lassen. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

17) **Brindel. Atrophische Coryza und Tuberculose der Luftwege. (Coryza atrophique et tuberculose des voies aeriennes.)** *Journal de Médecine de Bordeaux. No. 18. 3. Mai 1896.*

Nachdem Verf. in wenigen Worten auf die engen Beziehungen hingewiesen, die zwischen den Erkrankungen des Halses, der Nase und der Ohren bestehen, stellt er einen jungen Mann von 21 Jahren vor, der, hereditär nicht belastet, seit mehr als 15 Jahren an einer sehr ausgesprochenen atrophischen Rhinitis mit Ozaena leidet und dazu seit 2 Jahren mit Lungen- und Kehlkopftuberculose erkrankt ist. B. glaubt, dass das Vorhandensein der atrophischen Rhinitis auf die Entwicklung der Tuberculose von Einfluss sein könnte. Seitdem er auf diesen Punkt aufmerksam geworden ist, hat er auf der Moure'schen Klinik eine ziemliche Anzahl solcher Kranken gesehen, die neben Ozaena Larynxtuberculose hatten.

E. J. MOURE.

18) **Bayer. Die Ozaena; ihre Genese und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse. (L'ozène, sa genèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle.)** *Revue hebd. de laryngologie etc. No. 22. 30. Mai 1896.*

Nach einem Wort über die Bakteriologie der Ozaena giebt Verf. einen Ueberblick über die zu ihrer Behandlung empfohlenen Methoden. Er berichtet dann über seine Erfahrungen mit der electrolytischen Behandlung nach Cheval. Er verfügt über 7 Fälle. In einem hat die Electrolyse letale Complicationen von Seiten des Mittelohrs herbeigeführt. Die anderen zeigten eine rapide Besserung, die sich im Verschwinden des Geruches, der Vascularisation der Schleimhaut und der Verflüssigung der Krusten manifestirte.

Verf. führt diese Veränderungen auf die bactericide Wirkung der Kupfer-Electrolyse zurück und auf die reflectorischen und trophoneurotischen Einflüsse, deren Ausgangspunkt sie bildet.

Neben der Localbehandlung muss eine entsprechende Allgemeinbehandlung eingeleitet werden. E. J. MOURE.

19) **Gradenigo. Die Serumtherapie bei Ozaena und bei gewissen Formen eitriger Mittelohrentzündung. (Sur la serotherapie dans l'ozène et dans certaines formes d'otites purulentes.)** *Arch. italiano di otolog. 3. fasc. 10. Juli 1896. Annal. des mal. de l'oreille. No. 8. August 1896.*

Die Behandlung, die ziemlich lange fortgesetzt wurde (30—110 Tage und noch länger) ergab bei einigen Kranken eine Besserung, die nahe an Heilung grenzte. Bei anderen war der Effect der Injectionen fast Null. E. J. MOURE.

20) **Ellwood Matlack. Zwei interessante Nasenfälle. (Two interesting nasal cases.)** *N. Y. Med. Journal. 10. October 1896.*

Fall 1. Primäre Nasensyphilis. Ein Ulcus mit infiltrirten Rändern am vorderen Ende der unteren Muschel übergreifend auf die innere Fläche des Nasenflügels bis dicht an den Uebergang der Schleimhaut in Haut. Auf dem Geschwür ein Schorf, der zusammen mit der Infiltration den Naseneingang fast vollständig verschloss. Unter energischer Quecksilberbehandlung erfolgte in 3—4 Wochen Heilung.

Fall 2. Nasencystom. Eine Geschwulst vom Aussehen eines Myxoms am hinteren Ende der linken mittleren Muschel; dieselbe dehnte sich in den Rachen aus und bedeckte bisweilen die Mündung der Eustachischen Röhre.

LEFFERTS.

21) **Bergeat. Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajacolvasogene.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1896.*

Lupus der äusseren Haut und des Naseneingangs mit Spitzencatarrh bei einer 40jährigen Frau; durch Einlagen von Watte, welche mit 10 pCt. Kleverschen Guajacolvasogen getränkt waren und anfangs etwas schmerzten, trat Heilung ein. SCHECH.

22) **Boluminski** (Lessen). **Beiträge zur Tuberculose der oberen Luftwege.** Dissert. Erlangen. 1895.

1. Fall. 20jährige Arbeiterin mit Tuberculose des harten und weichen Gau-

mens, des Pharynx, des Nasenrachenraums, der Nase, des Zahnfleisches; mehrfache Recidive, wiederholte Operationen.

2. Fall. 17jähriger Knabe. Tuberculose der Nase, der Uvula, des weichen Gaumens, der hinteren Rachenwand, der Epiglottis. Abheilung des Nasenprocesses mit Hinterlassung einer Septumperforation, der Rachenerkrankung mit Verwachsung der Arc. palato-pharyngei mit der hinteren Rachenwand.

3. Fall. Nasentuberculose, Ausschabung, doppelte Perforation des Septums.

4. Fall. 48jähriger Mann. Tuberculose des harten und weichen Gaumens, Ausschabung.

Die Fälle aus dem Ambulatorium von Gerber stammend.

SEIFERT.

23) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraums.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte am 26. November 1896. — *Jahrbücher der Gesellschaft. 1896.*

Vortr. befasst sich, auf zwei Fälle gestützt, mit der Entstehung der Pertik'schen Divertikel. Der eine Fall war deutlich congenital, mit Wolfsrachen complicirt, während der zweite Fall als ein Pulsionsdivertikel in dem Sinne zu betrachten ist, dass die Entstehung wahrscheinlich durch das Vorhandensein eines, wenn auch geringen congenitalen Divertikels an der anatomisch nachgewiesenen Stelle der kleineren Resistenz erleichtert worden ist.

v. NAVRATIL.

24) **J. L. Smith. Acute Entzündung des Nasenrachenraums. (Acute nasopharyngeal inflammation)** *N. Y. Med. News. 29. August 1896.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Jacquement. Krankengeschichte eines Falles von schwerem Nasenrachencatarrh. (A propos d'un cas de catarrhe naso-pharyngien grave et relation détaillée de ce cas.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 39. 26. September 1896.*

Verf. theilt mit den eingehendsten Details die Krankengeschichte einer jungen Dame mit, die an adenoiden Vegetationen und starker Hypertrophie der unteren Muscheln und an Kalkconcrementen in der Nasenhöhle litt. In mehreren Sitzungen, die oft schlecht vertragen wurden, gelang es Verf., die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen, worauf auch der Nasenrachencatarrh verschwand.

E. J. MOURE.

26) **C. J. Cooke. Meningitis infolge Verschluckens einer Nadel. (Meningitis as a sequel to swallowing a needle.)** *Lancet. 22. Februar 1896.*

Ein 8jähriges Mädchen verschluckte eine Nadel, die nicht gefunden werden konnte. Tod nach 10 Tagen unter den Erscheinungen einer Meningitis. Die Nadel steckte im Nasenrachenraum, die Spitze nach oben; die genaue Lagerung derselben liess sich aber nicht ermitteln.

ADOLPH BRONNER.

27) **Schreiber** (Königsberg). **Ueber die Geschwülste des Nasenrachenraums.** Dissert. Königsberg. 1896.

Die Geschwülste des Nasenrachenraumes theilt Sch. ein in 1. eigentliche Nasenrachentumoren: typische Nasenrachenpolypen, Choanenrandpolypen, Basis-

fibrome und Sarcome; 2. in Pseudonasenrachentumoren: excessiv vergrösserte hintere Muschelenden, retronasale Polypen.

Die verschiedenen Formen werden durch Krankheitsfälle aus dem Ambulatorium von Gerber illustrirt.

SEIFERT.

28) **Etiévant. Betrachtungen über die durch Nasenrachenraumpolypen hervorgerufenen asphyctischen Erscheinungen. Ein Fall von Paraesthesie des Nerv. femoralis cutaneus externus bei Lymphosarcom des Rachens. (Quelques considérations sur les phénomènes asphyxiques provoqués par les polypes nasopharyngiens. Un cas de paresthésie du femoro-cutané externe accompagnant un lympho-sarcome du pharynx.)** *Revue internat. de rhinol., otol. etc. No. 4. April 1896.*

In dem E.'schen Falle schloss der Tumor den Isthmus pharyngeus vollständig ab und es musste die Tracheotomie gemacht werden.

E. J. MOURE.

29) **Gallet. Fibrom des Nasenrachenraums. (Fibrome nasopharyngien.)** *La Clinique. No. 10. 1896.*

Osteoplastische Rhinotomie nach Ollier; mühsame Entfernung eines hühnereigrossen 35 g schweren Tumors, welcher aus so derbem Gewebe zusammengesetzt war, dass man Mühe hatte denselben zu zerschneiden. In Folge der Operation stiess sich einige Tage später ein Theil des Vomer ab.

BAYER.

30) **Gallet. Temporäre Rhinotomie zur Abtragung eines Nasenrachenfibroms. (Rhinotomie temporaire pour l'ablation de fibrome du nasopharynx.)** *La Policlinique. No. 7. 1896.*

Cfr. Referat No. 29.

BAYER.

31) **Monnier** (Paris). **Geschwulst des Nasenrachenraums. (Tumeur du nasopharynx.)** *Soc. anatom. 5. Juni 1896.*

Die Geschwulst wurde aus dem Nasenrachenraum eines 11 jährigen Mädchens exstirpirt. Sie hatte die Form einer Zunge und inserirte am basilaren Fortsatz ohne Zusammenhang mit den Nasenmuscheln.

LUC.

32) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von umfangreichem Fibrom des Nasenrachenraums. Entfernung vom Gaumen aus. Die chirurgische Behandlung dieser Tumoren im Allgemeinen Die Vorzüge der Operation vom Gaumen her für gewisse Fälle. (Un cas de fibrome naso-pharyngien volumineux. Ablation par voie palatine. Traitement chirurgical de ces tumeurs en général. Avantages de la voie palatine dans certains cas.)** *Province médicale. 3. October 1896.*

Der grosse Tumor füllte den ganzen Rhinopharynx aus; er ging von der Apophysis basilaris aus und war durch secundäre Adhäsionen mit dem Gaumensegel verwachsen. Das Gaumensegel wurde incidirt, ohne dass der knöcherne Gaumen berührt wurde, und der Tumor vollständig entfernt. Glatte Heilung.

PAUL RAUGÉ.

33) **Charles Mc Burney. Ein Fall von Sarcom des Nasenrachens ohne Recidiv 3 Jahre nach der Operation. (Non-recurrence of sarcoma of naso-pharynx three years after operation.)** *N. Y. Med. Record. 8. Februar 1896.*

Eine glatte graue Masse erfüllte die linke Nasenhälfte bis vorn und war bei der postrhinoskopischen Untersuchung im Nasopharynx zu sehen. Es wurde der linke Oberkiefer resecirt und ein umfangreicher Tumor constatirt, der von der linken Seite des Keilbeinkörpers seinen Ursprung nahm. Derselbe wurde abgetragen und seine Basis cauterisirt. In der Krankengeschichte folgen nun eine lange Reihe von Cauterisationen, Curettirungen und Wiederholungen der ursprünglichen Operation, bis schliesslich Erfolg erzielt wurde. Seit dem letzten Eingriff im August 1893 ist kein Recidiv mehr aufgetreten und der Patient erfreut sich bester Gesundheit. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulstmassen ergab die Diagnose: Spindelzellen-Fibromyxosarcom. LEFFERTS.

34) **Hamilton Russell** (Melbourne). **Entfernung eines Nasenrachenraumtumors. (Removal of naso-pharyngeal tumour.)** *Intercol. Med. Journ. of Australia. 20. März 1896.*

Bei dem 14jährigen Patienten wurde der Oberkiefer resecirt und es fand sich dann, dass die sehr grosse Geschwulst mit einem sehr dünnen Stiele am Keilbeinkörper adhärirte. Von dem Stiel aus erstreckten sich gelappte Fortsätze in die Gewebe der Backe und unter den Jochbeinbogen. R. hält die Abtragung des Oberkiefers für besser, als eine osteoplastische Operation, weil sie ein freieres Feld schafft, in dem man Recidive zeitiger erkennen und leichter behandeln kann.

Die Geschwulst enthielt sarcomatöse Elemente. Die Mehrzahl der Nasenrachengeschwülste, die bei jungen Leuten vorkommen und an einem „sehr dünnen Stiele" sitzen, kann mit Schlinge und Zug entfernt werden (Ref.).

A. J. BRADY.

35) **Nélaton** (Paris). **Operation eines Nasenrachenraumpolypen. (Opération de polype naso-pharyngien.)** *Société de chirurgie. 28. October 1896.*

Abtragung des Tumors nach der Methode von Chassaignac. Recidiv. Aetzungen mit Chromsäure. Heilung. PAUL RAUGÉ.

36) **Gilbert Barling. Entfernung eines von der Basis des Keilbeins ausgehenden Myxosarcoms durch Spaltung des Gaumens. (Removal of a myxo-sarcoma growing from the basic sphenoid by splitting the palate.)** *Tri-State Med. Journ. Juni 1896.*

23jähriger Mann; der Stiel der Geschwulst sass an dem Nasendach fest. Der Tumor wurde nach Spaltung des weichen Gaumens mit einer starken Zange gefasst und ausgerissen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

37) **Bernays. Ein Fall von Resection beider Oberkieferknochen, beider Wangen-, Gaumen- und Nasenbeine, beider unterer Nasenmuscheln, des Siebbeins, des Vomer, des linken Thränenbeins und eines Theils des Proc. pterygoideus des Keilbeins behufs Entfernung eines recidivirenden Osteochondroms. (Un cas de résection des deux maxillaires supérieurs, des deux os malaires, des deux os**

palatins, des deux os propres du nez, des deux cornets inférieurs, de l'ethmoide, du vomer, de l'os lacrymale gauche et d'une portion de l'apophyse pterygoide du sphenoide pour l'ablation d'un osteo-chondrome périodique.) *Revue internat. de laryngol. No. 9. September 1896.*

Der 32jährige Pat. hatte das 3. Recidiv; er starb ein Jahr nach der 4. Operation. Die histologische Untersuchung ist nicht erwähnt. Zwei Photogramme zeigen den Kranken vor und nach dem Eingriff.

E. J. MOURE.

38) **Ino A. Wyeth. Die Operationsmethoden zur Entfernung umfangreicher Geschwülste des Nasenrachenraums, der Kieferhöhle, des Ober- und Unterkiefers. (The operative procedures for removal of large neoplasms of the naso-pharynx, antrum maxillare and superior and inferior maxillae.)** *N. Y. Med. Record. 25. Januar 1896.*

Verf. beschreibt die Operationsmethoden, die er in mehreren Fällen der oben genannten Art angewendet hat. Im Jahre 1888 sah er einen 16jährigen jungen Menschen mit einem gefässreichen Fibrom im Nasenrachenraumgewölbe. Er unterband beide äusseren Carotiden, um stärkere Blutung zu vermeiden; 2 Wochen später exstirpirte er den Tumor durch eine etwa $^{3}/_{4}$ Zoll grosse Oeffnung, die er am Munddach anlegte. Er hielt es nicht für angebracht, diese Wunde gleich zu schliessen und auch später ist dies nicht geschehen; der Knabe behielt eine chirurgische Gaumenspalte. Die Geschwulst recidivirte nicht; aber W. beschloss, nicht mehr in dieser Weise zu operiren.

Im nächsten Falle ging W. zu einem Verfahren über, das er für neu hielt und das er für ähnliche Fälle empfehlen möchte. Der Pat. befand sich in einem überaus schlechten Zustand, so dass eine eingreifende Operation nicht angebracht schien. Verf. machte darum im Laufe der Operation Injectionen von Salzlösung in die Venen und gab ausserdem sehr viel Opium, so dass er während der 2 Std. 40 Min. dauernden Operation nur sehr wenig Chloroform (nicht 10 ccm) verbrauchte. Die Incision begann am Arcus temporalis etwa 2 Zoll hinter dem äusseren Augenwinkel. Der Schnitt führte am Schläfenbogen entlang bis nahe an die Augenhöhle, dann parallel dem Rande dieser, etwa $^{1}/_{8}$ Zoll von ihm entfernt, bis nahe zum Foramen orbitale, von da zum Nasenflügel herunter und schliesslich nach aussen gegen die Mündung des Ductus Stenonianus. Die Blutung wurde durch Unterbindung der grösseren Gefässe und Compression gestillt. Die Weichtheile wurden nicht vom Knochen abgelöst, nur an der Orbita, wo die Säge eingeführt und die Verbindung zwischen Kiefer und Jochbein getrennt wurde. Der Sägeschnitt folgte der Richtung des Hautschnitts und legte die Kieferhöhle sowie die andern von der Geschwulst erfüllten Räume offen. Der ganze Lappen wurde nach hinten übergeschlagen und die Geschwulst nun gründlich entfernt. Dann wurde der Knochen mit allen Weichtheilen wieder zurückgeklappt und die Weichtheile genäht. Knochennähte wurden nicht angelegt. Die Höhlen wurden mit Jodoformgaze tamponirt; der Tampon ragte aus dem vorderen unteren Wundwinkel hervor. Der Pat. genas ohne Störung; ein Recidiv ist nicht aufgetreten, die Orbita nicht entstellt; die Narbe im Gesicht ist nur unbedeutend. Der Musc. orbicularis palpebrarum ist nicht gelähmt, wie dies vom Verf. befürchtet worden war.

Der Puls war während der Operation öfters kaum fühlbar. Es wurden wiederholt Kochsalzinfusionen gemacht, so reichlich, dass die aus den Gefässen sickernde Flüssigkeit gegen Ende der Operation fast wasserhell war.

Verf. berichtet noch über zwei andere Fälle, bei denen er in ähnlicher Weise operirte. Bei dem einen hatte er längere Zeit sich vergeblich bemüht, die Geschwulst, ein Fibrosarcom, durch Injection von Erysipeltoxinen und sogar durch Erzeugung echten Erysipels zum Schwinden zu bringen. LEFFERTS.

39) **Cresswell Baber. Phantom zur Erlernung der Palpation des Nasenrachenraums. (Dummy for teaching palpation of the naso-pharynx.)** *Lancet. 8. Februar 1896.*

Eine Form aus Celluloid mit verschiedenartiger Auskleidung, zu beziehen von Mayer und Meltzer, London. ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

40) **E. Schmiegelow. Acute Osteomyelitis im Oberkiefer. (Akute Osteomyelitis i Overkjaeben.)** *Hosp. Tid. 1896. S. 985.*

Verf. theilt einen Fall von acuter Osteomyelitis des Oberkiefers bei einem 4jährigen Kinde mit. Das Leiden begann mit starkem Fieber und Anschwellen des rechten Oberkiefers, welcher grösstentheils nekrotisirte. Die Ursache des Leidens blieb unbekannt, es ging keine acute exanthematische Krankheit voraus.

Das Leiden ist, nach den in der Literatur sehr sparsam vorkommenden Mittheilungen darüber, sehr selten, und die wenigen Fälle, welche S. beschrieben fand, sind von den Verfassern verkannt und entweder als Phosphornekrose aufgefasst oder als acutes Empyem des Antrum Highmori beschrieben worden.

Autoreferat.

41) **B. Langhoff** (Dänemark). **Acute Osteomyelitis des Oberkiefers. (Akut Osteomyelitis i Overkäben.)** *Hospitals-Tidende. 1896. S. 1158.*

Im Anschluss an die Mittheilung von Schmiegelow über dasselbe Thema theilt Verf. eine ähnliche Beobachtung aus seiner Privatpraxis mit.

Der Pat. war ein 4 Monate alter Knabe, der plötzlich sehr krank wurde und unter hohem Fieber eine Intumescenz der linken Backe bekam.

Es wurde eine Incision im Sulcus aveolo-buccalis gemacht und eine grosse Menge von übelriechendem Eiter entleert. Der Oberkiefer wurde nekrotisch gefunden. Da die Eltern des Kindes weitere operative Eingriffe verboten, starb das Kind wenige Tage nachher. SCHMIEGELOW.

42) **Arctander** (Dänemark). **Acute Osteomyelitis des Oberkiefers. (Akut Osteomyelitis i Overkäben.)** *Hospitals-Tidende. 1896. S. 1275.*

Veranlasst durch die Arbeit von Schmiegelow über dasselbe Thema theilt Verf. eine Beobachtung über Osteomyelitis des Oberkiefers bei einem kleinen Kinde mit. SCHMIEGELOW.

43) **Faisst. Ueber Totalnecrose des Unterkiefers nach Osteomyelitis.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XV. 1896.*

Der ganze nekrotische Unterkiefer bis zu den Gelenktheilen liess sich bei dem 12jährigen Mädchen entfernen; in einem zweiten Falle bei einem 5jährigen Knaben zog man mit der Zange einen Theil des horizontalen Astes, sowie den ganzen aufsteigenden Ast mit Gelenkfortsatz und Proc. coronoid. heraus.

A. ROSENBERG.

44) **Meslay. Sarcom des Unterkiefers. (Sarcome de la mâchoire inférieure.)** *Société anatomique de Paris. 20. November 1896.*

11jähriger Knabe mit einer Geschwulst des Unterkiefers. Die histologische Untersuchung ergab, dass ein Sarcom vorlag, das zur Categorie der myeloplaxen Tumoren gehörte.

PAUL RAUGÉ.

45) **W. Kent Hughes** (Melbourne). **Ankylose des Unterkiefers. (Ankylosis of the lower jaw.)** *Austral. Med. Gazette. 20. November 1896.*

Verf. stellt in der Victorian Branch der B. M. A. 2 Fälle von Ankylose des Unterkiefers mit den zu ihrer Behandlung erforderlichen Instrumenten vor.

A. J. BRADY.

46) **Wildt** (Köln). **Ueber partielle Unterkieferresection mit Bildung einer natürlichen Prothese durch Knochentransplantation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 50. 1896.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

47) **Depage. Temporärresection des Oberkiefers nach dem Vorgange von Roux als vorbereitende Operation für die Heilung von Nasenrachenpolypen. (Résection temporaire maxillo-malaire par le procédé de Roux comme opération préliminaire dans la cure des polypes naso-pharyngiens.)** *Journal méd. de Bruxelles. 42. 1896.*

Der Autor bespricht die verschiedenen Methoden temporärer Resection des Oberkiefers nach Huguier, Langenbeck, Boeckel, Roux und Kocher. Er wandte die Roux'sche Methode an, um einen Nasenrachenpolypen, der seit zwei Jahren vergeblich mit Electrolyse behandelt worden war, zu entfernen — nach vorausgeschickter Tracheotomie und Tamponade der Trachea mit Jodoformgaze und Ligatur der Carotis ext. dextr. Einige Zeit nach der Exstirpation des Tumors Staphylorraphie und perfecte Heilung. — Vorstellung des geheilten Patienten am 5. October 1896 in der Soc. Roy. des Sciences med. et natur. de Bruxelles.

BAYER.

48) **J. A. Ellegood. Die Crypten der Tonsillen als Eintrittspforten für pathogene Keime. (The tonsillar cryps as entrance portals to pathogenic micro-organisms.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

49) **Willoughby Wade. Bemerkungen über die Tonsillitis als ursächlicher Factor beim rheumatischen Fieber. (Remarks on tonsillitis as a factor in rheumatic fever.)** *Gaillard's Med. Journal. August 1896.*

Das rheumatische Fieber ist eine Secundärerkrankung bedingt durch Aufnahme von Mikroorganismen oder ihren Producten in den Organismus. Verf. empfiehlt deshalb alle rheumatischen Patienten Gurgelwässer gebrauchen zu lassen und ihrem Halse besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **Broekaert. Ueber die acute lacunäre Amygdalitis. (De l'amygdalite lacunaire aigue.)** *La Belgique Méd. No. 24. 1896.*

Vergl. Sitzungsbericht vom 7. Juni 1896 der Belgischen Otolaryngologischen Gesellschaft.

BAYER.

51) **Howard S. Straight. Mandelentzündung ohne Ausgang. (Unresolved amygdalitis.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Bei allen Tonsillitiden, die nicht zur Lösung kommen wollen, soll die Brust auf's Sorgfältigste untersucht werden. Diese Lehre entnimmt Verf. aus dem Verlauf zweier Fälle von acuter folliculärer Mandelentzündung mit gleichzeitigem Spitzencatarrh, über die er näher berichtet.

LEFFERTS.

52) **Boulay** und **Martin. Störungen verursacht durch kleine Läsionen der Mandeln. (Des troubles causés par les petites lésions des amygdales.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 12. December 1896.*

Gewisse geringfügige Affectionen der Mandeln (fibröse Stränge, Adhäsionen mit den Gaumenbögen, Hypertrophie des oberen Lappens etc.) geben Anlass zu abnormen Sensationen, über die der Kranke klagt (Gefühl von Fremdkörpern, Nadeln), zu Heiserkeit, Ohrenklingen, Rachenhusten u. a. m. Es genügt, den hypertrophischen oder fibrösen Theil der Mandel abzutragen, um auch diese Folgestörungen verschwinden zu sehen.

E. J. MOURE.

53) **Boulay. Epileptiforme Krisen und Hypertrophien der Mandeln. (Crises épileptiformes et hypertrophies des amygdales.)** *Bulletin et mém. de la Soc. franç. de laryngol. p. 76. Paris. Rueff édit. 1896.*

Verf. beobachtete bei einem Kinde mit Hypertrophie der Rachen- und Gaumenmandeln häufige epileptiforme Anfälle, die besonders des Nachts mit einer Aura eintraten und in der Zunge begannen. Das Kind verlor das Bewusstsein und bisweilen breiteten sich die Krämpfe auf alle 4 Extremitäten aus. Mehrmals wurde dabei unfreiwillig Urin entleert. Unmittelbar nach Entfernung der Mandeln und der Adenoiden verschwanden diese Zufälle. Ein Recidiv ist bisher — nach drei Monaten — nicht erfolgt.

E. J. MOURE.

54) **Arslan. Zwei Fälle von syphilitischem Schanker der Mandeln. (Deux cas de chancres syphilitiques des amygdales.)** *Rev. hebd. de laryngolog. No. 49. 5. December 1896.*

Der erste Fall betrifft eine 30jährige Dame mit den Symptomen einer acuten

lacunären Mandelentzündung. Der zweite wurde bei einem 23jährigen Mädchen beobachtet; er entwickelte sich in der klassischen Form des Geschwürs mit indurirten Rändern, einseitiger Mandelhypertrophie und entsprechender starker Drüsenschwellung.

E. J. MOURE.

55) **Mouret. Die vegetirende Form der Mandeltuberculose. (De la tuberculose des amygdales à forme végétante.)**

M. beobachtete bei einem Patienten mit vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberculose Vegetationen auf beiden Mandeln ohne Spuren von Ulceration. Die histologische und bakteriologische Untersuchung ergab, dass es sich um tuberculöses Gewebe handelte.

E. J. MOURE.

56) **Gevaert. Zwei Fälle von Mandelfibromen. (Deux cas de fibrome de l'amygdale.)** *La Belgique Méd. No. 32. 1896.*

Der eine Fall betrifft einen 61jährigen Mann mit Husten, hervorgerufen durch einen Tumor, welcher entlang der hinteren Seite des vorderen Gaumenbogens von diesem halb verdeckt, unter die Mandel bis zur Zungenbasis herabstieg; der andere eine 38jährige Dame, bei welcher, von dem oberen Theil der linken Mandel entspringend, ein gleicher Tumor die Zungenbasis erreichte.

In beiden Fällen liess die mikroskopische Untersuchung ein „weiches Fibrom" mit sehr reicher Vascularisation erkennen.

BAYER.

57) **Macleod Yearsley. Papillome der Mandeln. (Papillomata of the tonsils.)** *Americ. Medico-Surg. Bulletin. 14. November 1896.*

Verf. bespricht in einem Briefe den Fall von Roberts, der in Archives of Otology XXV No. 1 mitgetheilt ist. Er hält es nicht für erwiesen, dass ein wirkliches Papillom vorlag und berichtet über 2 ähnliche Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

58) **G. Lévy. Technik und Indicationen der Behandlung der Mandelhypertrophie. (Technique et indications du traitement de l'hypertrophie des amygdales.)** *Journ. de Med. de Paris. 31. Januar 1897.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

59) **J. H. Coulter. Tonsillotomie mittelst galvanokaustischer Durchschneidung. (Tonsillotomy by cautery dissection.)** *Denglisons College and Clinical Record. November 1896. N. Y. Med. Journal. 21. November 1896.*

Mittelst heisser kaustischer Elektrode werden die Gaumenbögen von der Tonsille getrennt. Dann wird die Tonsille mit der Zange kräftig vorgezogen und zur Hälfte abgeschnitten; die andere Hälfte wird nach 8—10 Tagen in der gleichen Weise entfernt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

60) **F. A. Bottome. Ein Fall von secundärer Blutung nach Tonsillotomie. (Report of a case of secondary hemorrhage following tonsillotomy.)** *N. Y. Med. Record. 29. August 1896.*

Pat. war ein 31jähriger Mann. Die Blutung, die 66 Stunden nach der Operation erfolgte, wurde durch Druck gestillt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **W. Hill. Guillotine für die Tonsille. (Tonsil guillotine.)** *British Medical Journal. 26. September 1896.*

Abbildung und Erklärung des Kretschmann'schen Instrumentes.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

62) **N. Uschinsky** (Warschau). **Culturen von Diphtheriebacillen auf eiweissfreien Nährböden.** Med. Gesellschaft bei der Warschauer Universität. — *Wratsch. 1896. No. 48.*

Verf. demonstrirt mikroskopische Präparate von seinen Culturen und ein Meerschweinchen, dem er vor 24 Stunden von einer solchen Cultur eine Injection gemacht hat. Zu den Nährboden fügt Verf. neuerdings Spuren von Ferr. sulfuric. hinzu. Das mikroskopische Aussehen, wie auch die Thierexperimente lassen keinen Unterschied von den auf Eiweissherden gezüchteten Bakterien wahrnehmen. U. vindicirt seinen Resultaten grosse Bedeutung für die Entscheidung vieler Fragen der Bakteriologie, namentlich in Bezug auf die Frage nach der Herkunft der bakteriellen Toxine.

P. HELLAT.

63) **B. M. Bolton. Diphtherie-Antitoxin durch Electrolyse dargestellt. (Diphtheria antitoxin obtained by electrolysis.)** *N. Y. Med. Record. 9. Mai 1896*

Verf. bestätigt, dass die längere Durchleitung eines schwachen elektrischen Stromes aus dem Toxin einer Diphtheriebacillencultur eine gewisse Menge Antitoxin bildet. Für den praktischen Gebrauch jedoch ist diese Menge zu klein; man müsste zu grosse Quantitäten der Cultur einspritzen. Das Antitoxin, das mittelst des unterbrochenen — nicht des constanten — Stroms gewonnen wird, führen französische Autoren nicht auf die chemische Wirkung des Stroms, sondern auf die rapiden Vibrationen zurück.

LEFFERTS.

64) **J. Loos** (Innsbruck). **Untersuchungen über das Verhalten des Blutserums gesunder und diphtheriekranker Kinder zum Diphtherietoxin.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1896.*

Die Untersuchungen, die Dr. L. hier bespricht, machte er an der Kinderklinik des Prof. Escherich in Graz. Er entnahm den Kindern unter antiseptischen Cautelen durch Venaesectio ca. 20 ccm Blut, was ein ganz ungefährlicher und schmerzloser Eingriff sei und meint, dass diese Untersuchungen deshalb so selten ausgeführt werden, weil sie immerhin Schwierigkeiten bieten. Nach Vorführung der einschlägigen Literatur kommt er auf die Zusammensetzung der Injectionsflüssigkeit zu sprechen (Mischmethode Ehrlich's), die er Meerschweinchen in die Bauchgegend injicirte. Zur Prüfung der Serumwirkung wandte er nur Toxin an, niemals Diphtherieculturen, wegen sicherer Berechnung der Wirkung. Verf. stellt zunächst fest:

1. Dass es möglich ist, eine injicirte Dosis Heilserum im menschlichen Blute nachzuweisen (nach 14 Stunden erprobt).

2. Ein zweiter Versuch, eine prophylaktische Injection nachzuweisen, fiel negativ aus. Autor meint, dass der Schutz solcher Impfungen nicht sehr wirksam und kurzdauernd ist, hält es aber für möglich, auf andere Art vielleicht auch solche Injectionen nachweisen zu können.

3. Die Frage, ob das Ueberstehen der Diphtherie die Bildung antitoxisch wirkender Substanzen im Blute verursacht, kann Verf. mit einem Falle bejahen und glaubt dass diese Substanzen ziemlich hohe Werthe erreichen können und — dies allerdings mit Reserve — mit der Länge der Zeit nach Ablauf der Erkrankung an Intensität zunehmen.

4. In zwei Fällen war es ihm gelungen, Schutzkörper, die während des Bestehens der Diphtherie fehlten, nach Ablauf des Processes zweifellos nachzuweisen.

5. Ferner fand L., dass es Kinder giebt, welche in ihrem Verhalten mit den Reconvalescenten nach Diphtherie übereinstimmen, indem sich bei zwei Kindern hochvirulente Diphtheriebacillen auf ganz gesunder Schleimhaut fanden.

6. Auch konnte er bei einem an Diphtherie erkrankten Kinde während des Lebens Toxin im Blute nachweisen.

7. Endlich die Frage betreffend, ob die antitoxischen Eigenschaften des menschlichen Blutes unter normalen Verhältnissen ohne Erkrankung an Diphtherie dauernde oder wechselnde seien, haben Versuche ergeben, dass sich wenigstens in einigen Wochen keine Aenderungen zeigen.

CHIARI.

65) **P. Sabatier. Die semiotische Bedeutung des Loeffler'schen Bacillus für die Diagnose und Behandlung der Angina diphtheritica. (De la valeur semeiologique du bacille de Loeffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphthérique.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Verf. wendet sich gegen die zu ausschliessliche Bedeutung, die man der bakteriologischen Untersuchung als diagnostischem Mittel für die Diphtheriediagnose zugeschrieben hat. Man findet im Halse gewisser Personen Bacillen, die mit den Diphtheriebacillen völlig identisch, aber ohne Virulenz sind. Ausserdem ist das Ergebniss der culturellen Untersuchung in quantitativer und qualitativer Beziehung nicht immer übereinstimmend, sowohl vom klinischen Gesichtspunkte aus, wie auch im Hinblick auf die Bakterienassociationen.

S. hat 967 Kinder untersucht, die im Laufe von 6 Monaten als verdächtig ins Spital aufgenommen waren. 475 mal fand er Löffler'sche Bacillen allein, 426 mal zusammen mit anderen Bakterien, 60 mal Staphylokokken und Streptokokken, 6 mal nichts. Es starben 116 Kinder. S. kommt zu dem Schluss, dass die bakteriologische Untersuchung allein nicht massgebend sein darf, weder für die Wahl der Serumbehandlung, noch für die Dosirung des Serums.

A. CARTAZ.

66) **Hesse** (Dresden-Strehlen). **Die bacteriologische und klinische Diagnose „Diphtherie".** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 26.*

Kurze Notiz, veranlasst durch die Dräer'sche Arbeit. Nichts Wesentliches.

LANDGRAF.

67) **Redact. Notiz. Die bacteriologische Diagnose der Diphtheritis. (The bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 15. Sept. 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **Joos. Neue Methode für die bacteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Une nouvelle méthode pour le diagnostic bactériologique de la diphthérie.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 19. 1896.*

Der Autor bespricht zuerst die Bedeutung der bakteriologischen Diagnose der Diphtheritis, sodann die verschiedenen Methoden, welche man zur Feststellung derselben anwendet (directe Untersuchung, Culturen) und drittens die speciellen Methoden: insbesondere die mit Agar, von Deyke; dabei wird Agar mit einer gewissen Quantität Alkalialbuminat versetzt, wogegen er verschiedene Einwände zu machen hat; er empfiehlt daher als neue Methode: Agar, welches 2 pCt. Natronalbuminat und 1,8ccm—2ccm pCt. normale Natronlösung enthält, ein Nährboden, auf welchem nie Streptokokken wachsen. BAYER.

69) .... **Discussion über die Diphtheritis.** Congress in Kiew. — *Wratsch. No. 34. 1896.*

M. Schtschegolow hat pathologisch-anatomische Untersuchungen der Nieren in 17 Fällen von Diphtherie vorgenommen. Die Serumtherapie übt keinen Einfluss auf die Nierenerkrankung aus: die Eiweissausscheidung ist nicht beeinflusst, die Albuminausscheidung entspricht nicht der Schwere der Krankheit; Cylinder von grösserer Bedeutung. Die Erkrankungen sind entzündlich degenerativer Natur.

Gawrilow: Die Cholera und Diphtheritis hielten sich in den 30er, 40er und 90er Jahren in Pensa an den gleichen Ortschaften, besonders an den Verlauf einiger Flüsse. Autor will beide Krankheiten in Bezug auf die Aetiologie in eine Categorie stellen.

Uwarow glaubt an eine Aehnlichkeit mit Syphilis.

Sabolotni hält den Vergleich zwischen Diphtherie und Cholera für ganz oberflächlich; eine solche Parallele lasse sich überall ziehen. P. HELLAT.

70) **A. Moisejew. Von einigen pathologisch-anatomischen Veränderungen innerer Organe der an Diphtherie gestorbenen Kinder. (O njekotorich pathologoanatomitscheskich ismenienijach o wnjutren opganow u dietei umerschich ot diphtherita.)** *Wratsch. No. 34. 1896.*

Auf 150 Sectionen kamen 39 Fälle (20 pCt.) von Tuberculose; je jünger das Kind, desto häufiger die Tuberculose. Chronische Nierenentzündung in 33 Fällen (22 pCt.), während in 11 Fällen Vereinigung der beiden genannten Krankheiten angetroffen wurde. P. HELLAT.

71) **C. F. Theisen. Zur Pathologie der Diphtheritis und verwandter Halsaffectionen. (Pathology of diphtheria and kindred throat affections.)** *Albany Med. Annals. September 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **v. Ranke. Zur Scharlachdiphtherie.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 42. 1896. Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 29.*

1. In München kamen bei circa 65 pCt. aller frischen Scharlachfälle diphtheritische Auflagerungen im Rachen vor.

2. Bei 53,7 pCt. wurde der Diphtheriebacillus gefunden.

3. Bei 38,8 pCt. wurden nur Streptokokken gefunden.

4. Die grössere Häufigkeit der Streptokokkendiphtherie bei Scharlach im Vergleich zur primären Diphtherie ist charakteristisch und beschränkt sich keineswegs auf die lacunären Formen, sondern kehrt bei allen und den schwersten Formen der Scharlachdiphtherie wieder.

5. Auch bei reiner Streptokokkendiphtherie kann beim Scharlach zuweilen ein Absteigen des diphtheritischen Processes nach dem Kehlkopf und weiter abwärts erfolgen.

6. Wenn nach längerem Bestehen von Scharlach nachträglich noch Diphtherie sich entwickelt, so nähert sich der bakterielle Befund mehr dem bei primärer Diphtherie, d. h. der Diphtheriebacillus wird in sehr überwiegender Häufigkeit gefunden.

7. Wegen der verhältnissmässigen Häufigkeit des Diphtheriebacillus bei Scharlach ist auch das Diphtherieheilserum bei der Scharlachdiphtherie anzuwenden.

SCHECH.

73) **Jaccoud** (Paris). **Pneumococcen-Anginen und diphtheritische Angina. (Angines à pneumocoque et angine diphthéritique.)** *Bulletin médical. 13. September 1896.*

Klinische Vorstellung zweier Fälle, die Verf. Anlass geben, die differentielle Diagnostik zwischen Pneumokokken-Angina und diphtheritischer Angina zu besprechen. Die Exsudate im Pharynx sind von einander nicht zu unterscheiden. Die Diagnose wird aber nicht allein durch die bakteriologische Untersuchung gestellt, sondern auch durch den Beginn und Verlauf der Erkrankungen. Die Pneumococcie beginnt plötzlich, mit Frost, frühem Schmerz und ebenso schnellem Abfall der Erscheinungen; dem gegenüber beginnt und verläuft die Diphtherie schleichend, fast fieberlos; der Nachlass der Erscheinungen ist ein später. Für die Behandlung der Pneumokokken-Angina empfiehlt Verf. Bor- oder Salicylspülungen, Sublimatpinselungen (1—2 pMill.) und 1—2 g Salicylsäure innerlich.

PAUL RAUGÉ.

74) **Lennox Browne** und **Merritt. Membranöse Halsentzündung. (Membranous sore throat.)** *N. Y. Med. Record. 12. September 1896.*

Nach dem bakteriellen Befund sind 12 Arten von membranöser Halsentzündung zu unterscheiden. Es finden sich 1. ausschliesslich Diphtheriebacillen; 2. Diphtheriebacillen vereint mit Streptokokken; 3. Diphtheriebacillen, Streptokokken und Staphylokokken; 4. Diphtheriebacillen, Streptokokken und Diplokokken; 5. Diphtheriebacillen und Diplokokken (diese 5 Formen sind als echte Diphtherie anzusehen); 6. ausschliesslich Streptokokken; 7. Streptokokken und Diplokokken; 8. nur Staphylokokken; 9. Staphylokokken und Diplokokken; 10. Di-

plokken allein; 11. Diplokokken und Mycelfäden; 12. unbestimmte (die 7 letzten Formen sind nicht diphtherisch oder pseudodiphtherisch). LEFFERTS.

75) **Lacoarret. Pseudo-Hypertrophie der Mandeln nach Diphtherie. (Pseudo-hypertrophie post-diphthéritique des amygdales.)** *Revue hebd. de laryngol. etc. No. 21. 23. Mai 1896.*

Die Affection wurde bei einem 4jährigen Knaben, der während seiner Diphtherie mit Serum behandelt war, in der Reconvalescenz von dieser Krankheit beobachtet. Sie erreichte ihre Höhe 3 Wochen nach dem Verschwinden der Membranen. Keine Zeichen von Entzündung an den Mandeln; keine Schmerzen. Drüsenschwellung bestand nicht, dagegen war der Allgemeinzustand schlecht. Unter dem Einfluss einer tonischen Behandlung verschwand die Hypertrophie vollständig. $1^1/_2$ Monate später war die Mandel überhaupt nicht mehr zu constatiren; sie war vollständig verschwunden. Der Verf. bezieht den Vorgang auf einen lymphadenitischen Process infolge der Infection mit dem Klebs-Loeffler'schen Bacill, oder auf die Wirkung des Heilserums. E. J. MOURE.

76) **S. Toch. Beitrag zur Casuistik der extrapharyngeal und extralaryngeal beginnenden Diphtheritis.** *Prager med. Wochenschr. No. 37. 1896.*

Als ersten Fall bespricht Verf. einen Fall von Nabeldiphtherie. Die Wunde trotzte jeglicher Medication. Erst nach Injectionen von Wiener Heilserum begann die Wunde stark zu secerniren und nekrotische Fetzen stiessen sich ab. Leider starb das Kind alsbald an Enteritis catarrhalis. Im zweiten Falle handelte es sich um eine primäre Diphtherie der Vulva mit erst später auftretender Diphtherie des Pharynx bei einem $^5/_4$ Jahre alten Kinde. Nachdem die Diphtherie der Vulva bakteriologisch festgestellt war, war der Rachen noch vollständig frei. Erst einige Stunden später zeigte sich daselbst ein schleimartiger, weisser Belag, der sich rasch ausbreitete. Wegen hochgradiger Stenose wurden Injectionen Behring No. I und später auch No. II verabfolgt, schliesslich tracheotomirt. Zuerst heilten die Geschwüre der Vulva, dann auch schwand der Rachenbelag. Exitus an Herzschwäche nach Abheilung sämmtlicher Erkrankungsherde. In einem dritten Falle stellte sich die Erkrankung mit einer serösen Coryza ein; das Secret wurde später unter Fieber schleimigeitrig und konnten in demselben reichlich Diphtheriebacillen nachgewiesen werden. Rachen frei. Erst am folgenden Tage war auch dieser ergriffen. Nach zwei Injectionen von Wiener Heilserum zu je 1000 Einheiten stiessen sich die Beläge im Rachen ab. Exitus im Collapse. CHIARI.

77) **H. D. Bruns. Drei Fälle von Diphtherie des Auges einfache catarrhalische Conjunctivitis vortäuschend. (Three cases of diphtheria of the eye closely, simulating catarrhal conjunctivitis.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. Juli 1896.*

Die richtige Diagnose wurde nur zufällig gestellt nach bakteriologischer Prüfung des Ausflusses. Allgemeinsymptome fehlten ganz. Die Fälle wurden mit Serum behandelt und heilten.

Verf. rühmt den Werth der Serumtherapie und betont die Wichtigkeit der

Prüfung des Augensecretes aller augenkranken Kinder zu Zeiten einer Diphtheritisepidemie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **Rouflay. Diphtherie bei einem Patienten mit Rachen- und Kehlkopfsyphilis. Oedematöse Laryngitis, Tracheotomie, plötzlicher Tod 9 Stunden nach der Operation. (Diphthérie chez un homme atteint de syphilis pharyngée et laryngée; laryngite oedemateuse, trachéotomie, mort subite neuf heures après l'opération.)** *Archiv. de médecine militaire. September 1896.*

Die Ueberschrift bezeichnet die hauptsächlichen Züge des Falles. Die syphilitischen Erscheinungen im Kehlkopf gingen der diphtheritischen Infection voraus. Die klinische Diagnose war durch das Fehlen echter Pseudomembranen erschwert. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein massenhafter Diphtheriebacillen. Der Tod, der plötzlich eintrat, nachdem die Tracheotomie die Athemnoth sehr günstig beeinflusst hatte, scheint durch Syncope als bulbäre Reflexerscheinung erfolgt zu sein. Eine Section konnte nicht gemacht werden.

A. CARTAZ.

79) **J. P. Griffith. Ein Fall von gleichzeitigem Auftreten von gangränösen Varicellen, Diphtherie und Masern. (A case of varacella gangrenosa, diphtheria and rubeola occurring at the same time.)** *University Med. Magazine. August 1896.*

Der Patient, ein Knabe von 22 Monaten, starb.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **Redact. Notiz. Lungenentzündung als Complication bei Diphtherie der Kinder. (Pneumonia complicating diphtheria of children.)** *Maryland Medical Journal. 29. August 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

81) **J. W. Latimer. Ein Fall von Diphtheritis, eingeleitet durch eklamptische Anfälle und complicirt durch die rechtzeitige Geburt. (A case of diphtheria ushered in by eclampsia and complicated by labor at term.)** *Annals of Gynaecology and Paediatry. October 1896.*

Das Kind kam lebend zur Welt, die Mutter genas.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

82) **A. B. Walker. Bericht über einen Fall von croupöser Laryngitis. (Report of a case of croupous laryngitis.)** *Cleveland Journ. of Med. August 1896.*

3jähriger Knabe; Intubation; Heilung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

83) **Caleb Brown. Die Diphtheritis. Ein paar klinische Bemerkungen. (Diphtheria — some clinical notes.)** *Jowa Med. Journal. September 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

84) **Crocq. Betrachtungen über die Natur und die Diagnose der Diphtheritis. (Considération sur la nature et le diagnostic de la diphthérie.)** *La Clinique. No. 31. 1896.*

In der Sitzung der Académie Royale de Méd. vom 25. Juli 1896 macht

Crocq einen Ausfall gegen die bakteriologische Doctrin. Die bakteriologischen Untersuchungen nützten nichts für die Feststellung der Diagnose von Halsaffectionen wenigstens vom klinischen Standpunkte aus.

BAYER.

85) **Redact. Notiz. Bemerkungen über Diphtheritis. (Notes on diphtheria.)** *New York State Med. Reporter. September u. October 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

86) **C. L. Wilbur. Eine statistische Studie über Diphtheritis und Croup. (A statistical study of diphtheria and croup.)** *New Albany Med. Herald. August 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

87) **Alfred Hill. Einige Bemerkungen über Diphtheritis. (Some remarks on diphtheria.)** *Lancet. 12. September 1896.*

Mittheilungen über die Bewegungen der Diphtherie in Birmingham von 1873 bis 1896. Bis 1895 war eine geringe Abnahme der Fälle bemerkbar, dann folgte ein starkes Ansteigen. In dicht bewohnten Stadttheilen ist die Diphtherie häufiger. Die Höhenlage scheint die Verbreitung der Krankheit nicht zu beeinflussen. Geräumige Häuser wurden weniger heimgesucht, als niedrige Wohnungen; solche mit Wassercloset-Einrichtung weniger als andere. Die Schulen trugen zur Ausbreitung der Krankheit nicht bei. Zum Schluss bespricht Verf. die Verbreitung der Diphtherie unter den Thieren, die häufige Infection der Kühe und der Kuhmilch.

ADOLPH BRONNER.

88) **A. B. Stewart. Die Pflege der Diphtheriekranken. (The management of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 15. August 1896.*

Ohne besonderes Interesse.

FROTHINGHAN (LEFFERTS).

89) **d'Astros. Orrhotherapie bei Diphtheritis in Marseille. (Orrhotherapy in diphtheria at Marseilles.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

Vom 1. Januar 95 bis 1. Juli 1896 constatirte Verf. in 668 Fällen von 1064 bakteriologisch untersuchten Diphtheritis, und zwar 399mal ohne Mischinfection mit anderen Bakterien. Die Mortalität der mit Serum behandelten Fälle betrug 17,7 pCt.

LEFFERTS.

90) **Bloch. Citronensäure zur Behandlung der Diphtherie. (Citric acid in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 29. August 1896.*

B. hat 114 Fälle von Diphtherie mit Citronensäure behandelt. Die Mortalität betrug nur 9,6 pCt. Je nach dem Alter der Pat. gab Verf. von einer 10proc. Lösung einen Theelöffel bis einen Esslöffel voll 2stündlich. Im Anfang und bei schweren Fällen giebt er häufiger kleine Dosen, unter Umständen $^1/_2$ stündl. Tag und Nacht hindurch. In diesen Fällen applicirt er auch äusserlich warme Umschläge und giebt Wein.

LEFFERTS.

91) **Degle** (Kindberg). **Behandlung der Rachendiphtherie und des Larynxcroup mit Pilocarpinum muriaticum.** *Aerztl. Central-Anzeiger. No. 23. 1896.*

Die Krankheitsfälle, bei denen Verf. obige Behandlung einschlug, waren durchweg schwere mit Larynxstenose verbundene Fälle und die Erfolge, die er mit Pilocarpin erzielte, glaubt er denen der Serumtherapie vollkommen gleichartig. Dadurch allerdings, dass das Pilocarpin nur ein symptomatisches Mittel darstellt, unterscheidet es sich zu seinen Ungunsten vom Diphtherieserum, das Verf. in jüngster Zeit dann anwendet, wenn Pilocarpin im Stiche lässt. In den wenigen Fällen dieser Therapie hat er auch stets gute Erfolge aufzuweisen. CHIARI.

92) **C. Havell. Der Ipecacuanha-Spray nach der Tracheotomie. (The Ipecacuanha stream spray after tracheotomy.)** *British Med. Journal. 10. October 1896.*

Die Siegel'sche Spray mit Ipecacuanhawein wird in Anwendung gezogen, wenn der Husten schwer ist oder die Reinigung der Trachea Schwierigkeiten bereitet. ADOLPH BRONNER.

93) **R. M. Harbin. Die Nachbehandlung nach der Tracheotomie in Fällen von membranösem Croup. (After treatment of tracheotomy cases of membranous croup.)** *N. Y. Med. Record. 2. Mai u. 19. September 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der diphtheritische und der membranöse Croup sind ohne chirurischen Eingriff fast stets letal; die wenigen Fälle, die unter medicamentöser Therapie heilen, sind kaum in Betracht zu ziehen.

2. Was die practischen Indicationen für die Tracheotomie anlangt, so ist zwischen diphtheritischem und membranösem Croup kaum ein Unterschied vorhanden.

3. Die Tracheotomie hat den Vorzug vor der Intubation, dass die Membranen besser expectorirt werden können, und dass auch gegenüber septischer Infection eine freie Drainage besteht.

4. Die Tracheotomie ist ein berechtigter chirurgischer Eingriff und soll in allen Fällen ausgeführt werden, in denen unsere Therapie erschöpft ist und dem Pat. Erstickungsgefahr droht. Und selbst in hoffnungslos erscheinenden Fällrn soll die Tracheotomie noch gemacht werden. Eine Chance bietet sie immer noch und zum mindesten befördert sie die Euthanasie.

5. Die Tracheotomie hält die Patienten am Leben, bis die Membranen in eine muco-purulente Flüssigkeit zergehen und durch die Canüle expectorirt werden.

6. Der wichtigste Theil der Procedur ist die Nachbehandlung. Verf. schreibt seine guten Erfolge dem fortgesetzten Gebrauch von Kalkwasser zu. LEFFERTS.

94) **J. Abarnou. Ueber die Behandlung des Croups auf dem Lande mittelst Intubation. (Essai sur le traitement du croup à la campagne par l'intubation.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Eingehende Besprechung der Technik der Intubation, ihrer Indicationen und

Contraindicationen. A. zeigt, dass dies Behandlungsverfahren nicht nur im Krankenhaus anwendbar ist. Von 26 Fällen, die er mittheilt, wurden 18 geheilt.

A. CARTAZ.

95) **Bonain. Lange und kurze Tuben zur Intubation des Larynx bei pseudomembranösem Croup. (Tubes longs et tubes courts pour l'intubation du larynx dans le croup pseudo-membraneux.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 38. 19. September 1896.*

Im Allgemeinen ist die kurze Tube weniger tauglich als die lange. Sie verstopft sich leichter, wenn sie vielleicht auch leichter in den Larynx eingeführt und wieder entfernt wird. Aus diesem letzteren Grunde wird sie dem Arzte, der mit dem Gebrauch des Extractors nicht vertraut ist, in drängenden Fällen gute Dienste leisten.

E. J. MOURE.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

96) **Hans Neumayer. Untersuchungen über die Function der Kehlkopfmuskeln.** Aus der med. Poliklinik in München. — *Archiv f. Laryngolog. u. Rhinologie. Bd. IV. H. 3. 1896.*

Neben den bisherigen Methoden der Muskel- und Nervendurchschneidung und der elektrischen Reizung verwendet Verf. zur Prüfung der Function der Kehlkopfmuskeln eine neue Methode. Er bringt einzelne unmittelbar nach dem Tode freipräparirte Muskel durch Anlegen erhitzter kleiner Metallstäbchen in eine künstliche Starre (Wärmestarre), deren Effecte die Leistung der willkürlichen Contraction dieses Muskels wiedergiebt. Die Resultate, die Verf. mit dieser Methode erzielt, sind höchst beachtenswerth. Die Schlüsse, zu denen er gelangt, sind zum Theil wohl zu weitgehend und manche seiner Versuche bedürfen noch der Nachprüfung; die ganze an interessanten Einzelheiten reiche und anregende Arbeit aber bedeutet sicherlich eine Bereicherung unseres Wissens. Wir geben die Schlusssätze der Arbeit im Folgenden wörtlich wieder:

1. Die Kadaverstellung der Stimmbänder kann durch die Todtenstarre in hohem Grade modificirt werden.

2. Die durch die Todtenstarre bedingten Glottisformen nähern sich in den meisten Fällen der Phonationsstellung. Es ist diese Erscheinung auf das Uebergewicht der Glottisschliesser über die Glottisöffner zurückzuführen, welche nicht nur an Zahl, sondern auch in hohem Grade an Masse letztere übertreffen.

3. Die Methode des Verf.'s, die künstliche Muskelstarre zum Studium der Function der einzelnen Muskel zu benützen, vermag, wie auch aus den mit anderen Methoden übereinstimmenden Ergebnissen hervorgeht, vollkommen brauchbare Resultate zu liefern.

4. Bei Lähmung des einen M. cricothyreoideus erfolgt durch Contraction des gleichnamigen Muskels der anderen Seite eine Drehung des Ringknorpels innerhalb des Schildknorpels. Es wird hierdurch der Scheitel des Ringknorpelbogens nach der nicht gelähmten Seite zu verzogen, während die Ringknorpelplatte nach

der entgegengesetzten Seite ausweicht. Es kommt auf diese Weise ein Schiefstand der Glottis zu Stande.

5. Die M. cricothyreoidei vermögen bei ihrer Contraction die Stimmbänder nach der Mittellinie hin zu bewegen.

6. Die bei tiefer Inspiration zu beobachtende perverse Verengerung der Stimmritze ist nicht auf Aspiration der Stimmbänder durch die einströmende Luft, sondern auf die Contraction der Mm. sternothyreoidei zurückzuführen.

7. Die verticale Portion des M. cricoarytaenoideus posticus besorgt vorzüglich die Erweiterung der Stimmritze, während die horizontale Portion den Aryknorpel nach rückwärts fixirt.

8. Der Glottisschluss kommt in der Gegend der Aryknorpel dadurch zu Stande, dass sich nur die Spitzen der Aryknorpel mit den ihnen aufsitzenden Santorin'schen Knorpeln aneinander legen. Die Basen und die Innenflächen der beiden Aryknorpel nähern sich zwar einander, kommen aber nicht zu vollständiger, gegenseitiger Berührung.

F. KLEMPERER.

97) **Hédon. Ueber das Vorhandensein vasodilatatorischer und secretionserregender Fasern für die Kehlkopfschleimhaut im Nervus laryngeus superior. (Sur la présence dans le nerf laryngé superieur des fibres vasodilatatrices et excitosecretoires pour la muqueuse du larynx.)** *C. R. Acad. des Sciences. 27. Juli 1896.*

Id. Ueber die vasomotorische Innervation des Kehlkopfs. (Sur l'innervation vaso-motrice du larynx.) *Presse méd. 28. November 1896.*

H. constatirte bei seinen Untersuchungen über die Innervation des Kehlkopfs, dass Reizung des peripheren Endes des Nervus laryngeus superior eine Röthung der Schleimhaut der entsprechenden Seite und gleichzeitig ein Hervortreten kleiner Schleimtröpfchen aus der Drüse der gerötheten Partie zur Folge hat. Auch an der Hinterfläche der Epiglottis und an der Schleimhaut der Aryknorpel sieht man Schleimperlen aus der Mündung der Drüsen hervortreten und sich bei längerer Dauer der Reizung zu einem viscösen Belag, der die ganzen Flächen überzieht, vereinigen. Diese vasodilatatorischen und secretorischen Wirkungen sind directe und reflectorische, denn sie treten auch nach Durchschneidung der Recurrentes und Vagi-Sympathici noch hervor. Der N. laryngeus superior ist danach der Kehlkopfschleimhaut dasselbe, was die Chorda tympani der Submaxillardrüse ist.

A. CARTAZ.

98) **E. Djelow. Untersuchung der Hypoglossuskerne und Wurzelfasern. (Isledowanie joder i korischkow podjasitschnawo nerwa.)** Dissertat. Petersburg. 1896.

Es ist nicht möglich, die Untersuchungsmethode D.'s hier näher darzulegen. Das Resultat der Untersuchungen kann im Folgenden zusammengefasst werden:

1. Eine Kreuzung der Wurzelfasern des Hypoglossus existirt nicht;
2. Eine Verbindung zwischen den beiden Kernen ist vorhanden;
3. Ebenso eine Verbindung zwischen den Hypoglossus- und Vaguskernen.

Der Arbeit ist eine Tafel mit Abbildungen beigegeben.

P. HELLAT.

99) **Kurloff** (Tomsk). **Keuchhusten-Parasiten.** *Centralbl. f. Bakter. No. 14, 15. 1896.*

Auf Grund seiner an frischen Sputumpräparaten ausgeführten Untersuchungen ist K. zu dem Ergebniss gelangt, dass die Erreger des Keuchhustens amöbenartige Gebilde sind, welche ein kleinkörniges Protoplasma und eine lebhafte Eigenbewegung besitzen. Wenn die Amöben heranwachsen, treten in ihrem Innern grosse glänzende Sporen mit concentrischen Schichten auf. Schliesslich bersten die Zellen, die Sporen treten aus, aus denen wieder junge Individuen von amöbenartigem Charakter hervorgehen.

SEIFERT.

100) **R. Mc Kerron. Hirnblutung bei Keuchhusten. (Cerebral hemorrhage due to whooping cough.)** *Brit. Med. Journal. 17. September 1896.*

Das 6 Jahre alte Kind wurde 3 Wochen nach Ausbruch der Krankheit hemiplegisch, dann traten Coma und rechtsseitige Krämpfe auf. Es kam zur Heilung.

ADOLPH BRONNER.

101) **Turet. Der Mandel-Husten. (La toux amygdalienne.)** *Bull. et mem. d. l. Soc. Franç. de Laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Der Hustenreflex erklärt sich durch die Innervation der Mandel und ihre Lage zwischen den beiden Bögen. Der Mandelhusten ist heftig, krampfhaft, stossweise, bisweilen geradezu beängstigend. Hervorgerufen durch Berührung der Mandel, verschwindet er durch Cocainisirung derselben. Verf. berichtet über 4 Fälle, die er beobachtet hat; die Zerstückelung der Mandel führte zum Verschwinden des Hustenreflexes.

E. J. MOURE.

102) **F. Palas. Der Rachenhusten bei Kindern. (La toux pharyngée chez les enfants.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

103) **J. H. Mc Cassy. Motorische Kehlkopflähmung. (Motor paralysis of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Verf. berichtet in ausführlichen Krankengeschichten über 2 Fälle von einseitiger Lähmung des Thyreo-arytaenoideus, 2 Fälle von doppelseitiger Lähmung der Crico-arytaenoidei laterales in Folge von Hysterie und einen Fall von chronischer Bulbärparalyse und Demenz, in letzteren ist der laryngoskopische Befund nicht mitgetheilt.

LEFFERTS.

104) **Frank Savery** und **Felix Semon. Doppelseitige Recurrenslähmung infolge von maligner Strictur des Oesophagus. (Bilateral paralysis of the recurrent laryngeal nerves due to malignant stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 19. September 1896.*

Pat., ein 54jähriger Mann, bemerkte zuerst Schwierigkeiten beim Schlucken im Juli 1895. Vom October bis December wurde mit einer Bougie No. 12 sondirt. Am 30. Januar verlor Pat. die Stimme; er konnte nur noch flüstern und er bemerkte zu gleicher Zeit, dass das Schlucken von Flüssigkeiten heftige Hustenstösse verursachte. Semon constatirte damals complete Lähmung beider Recur-

rensnerven. Es wurde dem Pat. angerathen, beim Essen die Stellung einzunehmen, die Wolfenden für die Fälle von Kehlkopferkrankung empfohlen hat: auf einer Seite zu liegen mit über dem Bettrand heraushängenden Oberkörper. Beim Liegen auf der rechten Seite konnte Pat. thatsächlich Flüssigkeiten schlucken ohne viel Schmerzen oder Husten. Pat. starb im März. Semon macht auf die grosse Seltenheit der completen doppelseitigen Recurrenslähmung aufmerksam. Auch das Vorkommniss, dass der Pat. in der gewöhnlichen aufrechten Stellung Flüssigkeiten nicht zu sich nehmen konnte, ist ein sehr ungewöhnliches. Semon empfiehlt die von Wolfenden angegebene Lagerung für alle Fälle von tuberculöser und maligner Erkrankung des Kehlkopfs und bei Fällen von postdiphtherischer Anaesthesie des Larynx. Die Nahrung geht dabei seitlich am Kehlkopf und nicht an der hinteren Wand entlang.

ADOLPH BRONNER.

105) **Picot** und **Hobbes. Ein Fall von Lippen-Zungen-Kehlkopflähmung cerebralen Ursprungs. (A case of labio-glosso laryngeal paralysis of cerebral origin.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1896.*

66jähriger Mann, der mehrmals apoplectische Attaken gehabt hatte und drei Monate vor der Aufnahme in's Krankenhaus plötzlich mit einer Lähmung der Lippen, Zunge, des Rachens und des Kehlkopfs erkrankte. Das Velum palati und die Kaumuskeln waren nicht betheiligt. Das plötzliche und gleichzeitige Eintreten der paralytischen Symptome führte zur Diagnose einer Labio-glosso-laryngeal-Paralyse cerebralen, nicht bulbären Ursprungs. Der Pat. starb 8 Monate nach dem Unfall, ohne dass die Lähmung merkbare Fortschritte oder Veränderungen erfahren hätte. Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Die bulbären Kerne waren intact, während sich in den vorderen und mittleren Partien der Grosshirnhemisphären eine Reihe kleiner alter hämorrhagischer Herde fand, von denen zwei mit Wahrscheinlichkeit als die Ursache der Labio-glosso-laryngeal-Paralyse anzusehen waren

LEFFERTS.

106) **Joal. Aphonie mit Ursprung im Geruchsapparat. (Aphonie d'origine olfactive.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 35. 29. August 1896.*

Verf. stellt einige derartige Fälle aus der Literatur zusammen und berichtet über den Fall eines 18jährigen jungen Mannes, bei dem das Einathmen von Pfeffermünzessenz eine Lähmung der Kehlkopfconstrictoren ohne begleitende Fluxionserscheinungen hervorrief.

E. J. MOURE.

107) **Marchal. Vorübergehende morgendliche Aphonie nasalen und pharyngealen Ursprungs. (Aphonie matinale passagère d'origine nasale et pharyngée.)** *Gaz. Med. de Picardie. Mai 1896.*

Studie über die als Folge von Pharyngitis und nasaler Verstopfung vorkommende Heiserkeit.

A. CARTAZ.

108) **Toix. Ein Fall von nervöser Aphonie bei einer Tuberculösen. (Sur un cas d'aphonie nerveuse chez une tuberculeuse.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 37. 12. September 1896.*

Die Aphonie wurde durch endolaryngeale Elektrisirung geheilt. Verf. be-

spricht im Anschluss an den Fall die verschiedenen Muskel- und Nervenveränderungen, die mit Verlust der Stimme verbunden sein können. BRINDEL (MOURE).

109) **Kebbell. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *N. Y. Medical Record. 28. November 1896.*

Verf. applicirt plötzlich Aethylchlorid in's Genick und lässt ein etwa 1/4 dollargrosses Stück erfrieren. LEFFERTS.

110) **Rabiner. Hysterische Stummheit und Stottern. (Du mutisme et du bégaiement hystériques.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Studie über diese beiden Erscheinungsformen der hysterischen Neuropathie. Verf. bespricht die Arbeiten von Charcot, Pitre, Cartaz, Ballet, Natier u. a. Er selbst berichtet über einen neuen Fall. A. CARTAZ.

111) **J. A. Thompson. Adenoide Vegetationen und Aphasie. (Adenoids and aphasia)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 11. Juli 1896.*

Pat., ein 13jähriger Knabe, war aphonisch und aphatisch. Die Operation und Stimmgymnastik brachte Heilung. Zur Erklärung wird angenommen eine atactische Aphasie, bedingt durch die starke Congestion nach dem Gehirn, welche durch die Adenoiden verursacht war; Kopfschmerzen und andere Symptome sprechen für diesen Zusammenhang. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Redact. Mittheilung. Die starken Stimmen der Montenegriner. (Montenegrins' powerful voices.)** *Medical News. 12. September 1896.*

Die Montenegriner sind wohl mit den kräftigsten Stimmen der ganzen Welt begabt. Die Entfernung, über die sie schreien können, ist aussergewöhnlich und sie sind gewohnt, eine gewöhnliche Unterhaltung über ein Stück Land weg zu führen, über das hin ein gewöhnlicher Sterblicher sich kaum mit angestrengtem Schreien verständlich zu machen vermag. Vor ein paar Jahren, als ein Mord nahe der österreichischen Grenze vorgekommen war, wurde in wenigen Stunden die Neuigkeit durch das ganze Land getragen und die Polizei alarmirt, einfach indem man die Kunde von Berg zu Berg und von Stadt zu Stadt schrie; die Mörder wurden auch bald gefasst. LEFFERTS.

113) **Castex. Die Rauheit der Stimme. (La raucité vocale.)** *Rev. hebd. de laryngologie. No. 29. 1896.*

Unter 23 Fällen von Rauheit der Stimme, die Verf. beobachtete, war 8 mal der Kehlkopf normal, 8 mal fand sich eine beginnende Infiltration der Arygegend. In 2 Fällen waren die Stimmbänder im Ganzen verdickt und gebuckelt, 2 Kranke hatten Knötchen, 2 andere eine Schlaffheit des freien Stimmbandrandes, eine Frau schliesslich Varicen an der oberen Stimmbandfläche. E. J. MOURE.

114) **Labit. Ein Fall von Eunuchenstimme geheilt durch Stimmübungen. (Un cas de voix eunuchoide, guérison par des exercices vocaux.)** *Revue hebd. de laryngologie. No. 28. 11. Juli 1896.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der verschiedenen Theorien, die zur Er-

klärung der Eunuchenstimme aufgestellt sind. Er hatte Gelegenheit, einen Fall derselben bei einem 17jährigen jungen Manne zu beobachten. Der Kehlkopf desselben war normal; aber bei der Phonation liessen die Stimmbänder ein Dreieck zwischen sich offen, mit der Spitze nach vorn. Durch Stimmübungen brachte Verf. seinen Kranken zur Heilung.

E. J. MOURE.

115) **Castex. Die Eunuchenstimme. (La voix eunuchoide.)** *Rev. hebd. de laryngologie. No. 32. 7. August 1896.*

In manchen Fällen ist eine beginnende Kehlkopftuberculose die Ursache der Eunuchenstimme. Es würde sich dann um eine spasmodische Contractur der Stimmbandspanner handeln, analog der Contractur von Muskeln in der Umgebung eines erkrankten Gelenks.

E. J. MOURE.

116) **Castex. Wirkung der Oophorectomie auf die Stimme. (Effets de l'ablation des ovaires sur la voix.)** *Rev. hebd. de laryngologie. No. 28. 11. Juli 1896.*

Nach seinen Erfahrungen an 6 Patienten, bei denen die doppelseitige Castration vorgenommen worden war, schliesst Verf., dass diese Operation die Stimme der Frau nur wenig modificirt.

E. J. MOURE.

117) **Castex** und **Teichmann. Der Effect der Oopherectomie auf die Stimme. (The effect of oophorectomy upon the voice.)** *N. Y. Med. Journal. 26. September 1896.*

Von 6 Frauen, die ovariotomirt waren, boten 4 gar keine, 2 geringfügige Veränderungen der Stimme. Eine Contraindication gegen die Operation kann danach in der Rücksicht auf die Stimme nicht gefunden werden

LEFFERTS.

118) **W. Oltuszewski. Vierter Beitrag zur Lehre von den Sprachanomalien. (Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 39, 40, 41, 42. 1896.*

In der Zeit vom 1. Juli 1895 bis 1. Juli 1896 beobachtete Verf. 200 Fälle von Sprachstörungen, und zwar: 41mal Aphasie, 51 Fälle von Stammeln, 7mal Nasalsprache und 101mal Stottern.

Beim grössten Theil der Fälle wurde Genesung oder Besserung des Leidens erzielt.

SOKOLOWSKI.

119) **N. Mc Kie. Ein Fall von Apsithyrie. (A case of apsithyria.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juli 1896.*

50jährige Frau, ein Jahr lang an functioneller Aphonie leidend, dann für ein Jahr lang geheilt und darauf über 2 Jahre lang stimmlos, nicht im Stande, auch nur zu flüstern. Für 2 Wochen kehrte die Stimme wieder, seither ein Recidiv; doch besteht jetzt Flüsterstimme.

ADOLPH BRONNER.

120) **G. A. Lewis. Der Ursprung des Stotterns. (The origin of stammering.)** *The Physician and Surgeon. September 1896.*

Das Stottern ist bedingt durch eine mangelhafte oder fehlende Controle der geistigen Willensenergie über die ausübenden Organe der Sprache. Es besteht bei

gewissen Leuten eine Idiosyncrasie, die wahrscheinlich eine Reizbarkeit oder Empfindlichkeit derjenigen Gehirnfasern zu Grundlage hat, welche die zur Hervorbringung der Sprache erforderlichen Bewegungen controlirt. In Folge dieser Eigenthümlichkeit treten sehr leicht Störungen in dem motorischen Mechanismus auf und die blosse geistige Absicht zu sprechen, führt zu spasmodischer Thätigkeit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

121) **Schmid** (Brackenheim). **Ergebnisse einer Zählung der Stotterer und Stammler im Oberamt Brackenheim.** *Med. Corresp.-Bl. d. württemb. ärztl. Landesvereins. 52. 1896.*

Unter 2020 Knaben fanden sich 27 (1,34 pCt.), unter 2027 Mädchen 8 (0,39 pCt.) Stotterer, unter derselben Schülerzahl 19 stammelnde Knaben (0,94 pCt.) und 4 stammelnde Mädchen (0,2 pCt.) In 11 Fällen von Stotterern sowie von Stammlern konnten hereditäre Einflüsse angenommen werden. Adenoide Vegetationen kommen im Bezirk häufig vor, doch kann nicht angegeben werden wie oft bei Stotterern resp. Stammlern.

SEIFERT.

122) **Redact. Notiz. Die öffentliche Behandlung von Sprachfehlern. (Charitable treatment of speech deformities.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 28. November 1896.*

Der Artikel lenkt die Aufmerksamkeit auf den Mangel öffentlicher Institute zur Ausbildung von Stotterern und Taubstummen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

123) **Ottokar Frankenberger. Adenoide Vegetationen bei Taubstummen nebst einigen Bemerkungen über die Aetiologie der Taubstummheit.** *Monatschr. f. Ohrenh. No. 10. 1896.*

Die Untersuchung des Nasenrachenraumes bei Taubstummen ergab überraschende Resultate. Lemcke fand Veränderungen in 58 pCt., Aldrich 73 pCt. adenoide Wucherungen; Wroblewski 57,5 pCt., Poisson 50 pCt., Frankenberger selbst constatirte in 59,49 pCt. Hypertrophie der Pharynxtonsille. Diese Veränderungen spielen in der Entstehung der Taubstummheit eine grosse Rolle. Die übrigen Ausführungen sind otologischer Natur und müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

f. Schilddrüse.

124) **Bar. Beitrag zum Studium der acuten Schilddrüsenentzündung. (Contribution à l'étude de la thyreoidite aigue.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 48. 28. November 1896.*

Diese Entzündung ist bisweilen traumatischen Ursprungs, gewöhnlich aber hängt sie mit einem schweren infectiösen Zustand (Eiterinfection, Typhus, Puerperalfieber, Variola, Rheumatismus etc.) zusammen. Der Verf. sah 3 Fälle von acuter Thyroiditis bei Influenza, bei Typhus und bei Diphtherie; das Alter seiner Kranken war 56, 20 und 7 Jahre. Selten geht die Schilddrüsenentzündung in Eiterung aus.

E. J. MOURE.

125) **Tailhefer** (Toulouse). **Eine sehr seltene Form von chronischer Schilddrüsenentzündung. (Variété très rare de thyroïdite chronique.)** *Association française de chirurgie. 21. October 1896.*

Ein Fall von chronischer Thyroiditis, in dem die Diagnose auf Krebs gestellt und die partielle Thyroidectomie gemacht wurde. Blutung aus der linken Carotis communis; Compression des Gefäss- und Nervenpakets durch eine Klammer. Hemiplegie, Aphasie, septische Panophthalmie des linken Auges. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

126) **Mermet** und **Lacour. Tubulöses Epitheliom der Schilddrüse. (Epithelioma tubulé du corps thyroïde.)** *Société Anatom. de Paris. 20. November 1896.*

Sectionsbericht über einen Fall von Schilddrüsenkrebs bei einer Frau. Die Tracheotomie war gemacht worden. Die histologische Untersuchung ergab ein tubulöses Epitheliom besonders des linken Lappens.

PAUL RAUGÉ.

127) **H. C. Hanson. Gebrauch getrockneter Schilddrüse bei Kropf. (Use of desiccated thyroid in goitre.)** *Journal of Medicine and Science. Octob. 1896.*

Krankengeschichte eines 60jährigen Mannes, dessen Kropf durch diese Behandlung gebessert wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

128) **Reinbach. Die Behandlung des Kropfes mit Verfütterung von Thymus. (The treatment of goitre by the ingestion of thymus.)** *N. Y. Med. Journal. 24. October 1896.*

Im Ganzen, sagt R., sind die Resultate, die man mit Thymus erzielt, denen der Thyroidbehandlung nahezu gleich. Dabei hat die erstere den Vortheil, dass sie keine toxischen Erscheinungen verursacht. Unter R.'s Fällen ist einer, in dem die Thymusbehandlung Erfolg hatte, nachdem zuvor die Schilddrüsenbehandlung vollständig fehlgeschlagen war.

LEFFERTS.

129) **G. R. Murray. Eine Discussion über die Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (A discussion in the pathology of exophthalmic goitre.)** *British Med. Journal. 3. October 1896.*

Die Discussion fand in der Section für Pathologie des Carlisle Meeting der Brit. Med. Association statt.

Es handelt sich um eine excessive Bildung und Resorption des Secretes der Schilddrüse, das normalen Charakters oder anormal sein kann. Die Symptome der Erkrankung erklären sich durch die Anwesenheit dieses überschüssigen Secretes im Blute und seine Wirkung auf die Gewebe, speciell auf die Nervencentren der Medulla. Es ist deshalb zu versuchen, einen mässigen Grad von Fibrosis in der Drüse herbeizuführen durch Elektrolyse, Injection von Jod etc. Zahlreiche Abbildungen mikroskopischer Präparate sind der Arbeit beigegeben.

An der weiteren Discussion nahmen Victor Horsley, W. Edmunds, D. Hamilton, J. Adami, J. Abram, R. Hutchinson und Abrahams theil.

ADOLPH BRONNER.

130) **G. Rankin. Die Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (The pathology of exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 17. October 1896.*

R.'s Mittheilung bezieht sich auf einen in der Birmingham Medical Review Juni 1894 publicirten Fall. Die betreffende Patientin starb an Bulbärparalyse.

ADOLPH BRONNER.

131) **Ralph R. Spencer. Basedow'sche Krankheit behandelt mit dem galvanischen Strom; nebst Krankengeschichten. (Exophthalmic goitre treated by galvanism with report of cases.)** *Medical News. 28. November 1896.*

Verf. berichtet über 6 Fälle. Er erwähnt nicht alle die Mittel, die versucht und wieder verworfen wurden, sondern nur die zwei, welche augenscheinlich Nutzen brachten, nämlich die Galvanisirung und die Massage. Drei Fälle nahmen reichlich getrocknete Schilddrüse; in beiden war nicht nur keine Besserung, sondern sogar Verschlechterung zu constatiren. LEFFERTS.

132) **R. M. Whitefoot. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit behandelt mit Thyroidin. (A case of exophthalmic goitre treated by thyroidin.)** *Medical News. 3. October 1896.*

Nach etwa 60tägiger Behandlung waren alle Krankheitszeichen geschwunden.

LEFFERTS.

133) **David Owen. Thymusverfütterung bei Basedow'scher Krankheit. (Thymus feeding in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 31. October 1896.*

Auszug aus den von O. in dem British Med. Journ. (10. October 1896) gemachten Mittheilungen. LEFFERTS.

134) **Jaboulay. Durchschneidung des Halssympathicus in Fällen von Basedow'scher Krankheit. (Division of the cervical sympathetic in cases of exophthalmic goitre.)** *Medical News. 17. October 1896.*

Verf. hat die Operation bei 2 Fällen ausgeführt und danach ein Zurückgehen des Exophthalmus beobachtet. Beide Nerven müssen durchschnitten werden; der Erfolg ist aber nicht immer beiderseits gleich, da der eine Nerv breiter sein kann als der andere und infolge dessen auch von stärkerem Einfluss. Die Operation ist nach Verf. gerechtfertigt, wenn das Symptom sehr intensiv ist. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

135) **Alfred C. Wood. Ein Knöchelchen-Stein im Oesophagus localisirt mittelst des Fluoroscops und entfernt nach vorheriger Gastrotomie. (A jack stone in the oesophagus located by the fluoroscope and removed after performing gastrotomy.)** *University Med. Magazine. October 1896.*

Der Fall, der bei einem 3 Jahre alten Mädchen beobachtet wurde, ist dem von White in der Juni-Nummer des University Magazine mitgetheilten in jeder Weise ähnlich. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

136) **Lemaistre** (Limoges). **Oesophagotomia externa bei einem Kind von $6^1/_2$ Monaten. (Oesophagotomie externe chez un enfant de six mois et demi.)** *Soc. de chirurgie. 28. October 1896.*

Fremdkörper im Oesophagus (Metallbroche); Erstickungsanfälle. Nach vergeblichen Bemühungen zur Extraction per os am 14. Tage Oesophagotomia externa, der die Extraction des Fremdkörpers folgte. Die Oesophagusfistel bleibt ein paar Tage bestehen; dann Heilung. PAUL RAUGÉ.

137) **L. S. M'Murtey. Die moderne Methodik der Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur. (Modern gastrotomy for stricture of the oesophagus.)** *Am. Practitioner and News. 3. October 1896.*

Eine detaillirte Krankengeschichte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **Ynurrigaro. Demonstration von Oesophagussonden. (Présentation de sondes oesophagiennes.)** *Société médicale des Hôpitaux. 6. November 1896.*

Die aus Kautschuk gearbeiteten Sonden sind hohl und gestatten die Einführung eines Fischbein-Mandrins. Der Hohlcanal geht aber nicht ganz bis zur Spitze der Sonde, so dass diese auch nach Einführung des Mandrins ganz weich bleibt. Dadurch sind die Sonden gänzlich ungefährlich; ein falscher Weg ist bei ihrer Anwendung nicht zu fürchten. PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Festschrift, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Bernhard Fränkel am 17. November 1896 zu seinem 60. Geburtstage und 25jährigen Docentenjubiläum von seinen Freunden und Schülern gewidmet.** Berlin. 1896. A. Hirschwald. [Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. V. 1896.]

Der mit dem Portrait B. Fränkel's geschmückte 5. Band des von Fränkel selbst vor 3 Jahren gegründeten Archivs ist von A. Rosenberg als Festschrift zu dem Ehrentage des um die Entwicklung der laryngologischen Disciplin hochverdienten Mannes herausgegeben worden. Das Werk ehrt Empfänger und Geber in gleicher Weise. Die Namen der Mitarbeiter und der Inhalt ihrer Beiträge werden dem Gefeierten die freudige Genugthuung geben, dass der Zweig der Wissenschaft, dem er seines Lebens Arbeit gewidmet hat, in voller Blüthe steht.

Wir geben im Folgenden nur kurze Hinweise auf den Inhalt der einzelnen Arbeiten; ihr eingehenderes Studium sei dem Leser dringend empfohlen.

1. De re publica laryngologica von Prof. Dr. F. Semon (London).

S. stellt „niemandem zu Lieb' und niemandem zu Leide" einige Ideen über

öffentliche Fragen unserer Wissenschaft zusammen. Er charakterisirt die Eigenthümlichkeiten der Literaturen der verschiedenen Länder, spricht über die Benutzung der Literatur, die auf der einen Seite nicht weitgehend genug ist, über die Grenzen des eigenen Vaterlandes oft nicht hinausblickt, andererseits wieder wahllos alles, was je über den gleichen Gegenstand geschrieben, zusammenträgt, ohne zu sichten. S. wünscht nicht „vollständige" Bibliographien am Ende jeder Arbeit, sondern nur ein Citiren der wichtigen Arbeiten mit Angabe der Seitenzahl unter dem Texte in Form von Anmerkungen. Es folgen Aphorismen über Prioritätsstreitigkeiten, über den Ton in der Literatur, über die Beurtheilung, die Recensenten und Referenten erfahren und manches andere Lesenswerthe.

2. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der elektrisch getriebenen Sägen von Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt).

S. hat die aus Amerika eingeführte Operationsmethode, über die Spiess vor 2 Jahren berichtet hat, jetzt bereits in 150 Fällen angewandt. Das günstige Urtheil, dem Spiess seiner Zeit Ausdruck gab, hat sich durch diese weiteren Erfahrungen nur gefestigt. Schmidt bespricht die Technik und die Indicationen des Verfahrens.

3. Tracheotomie (Larynxcarcinome. — Die operative Behandlung. — Operationsstatistik. — Laryngoskopische Befunde bei Larynx- und Pharynx-Carcinomen) von Prof. Carl Stoerk (Wien).

Verf. berichtet kurz über 52 Tracheotomien, die er innerhalb 4 Jahren ausführte und spricht dann über die geschichtliche Entwicklung der Exstirpation des Larynx bei Carcinom und über die Art und den Werth der verschiedenen Statistiken. Für ihn ist es feststehend, dass eine richtig ausgeführte Exstirpation eines Larynxcarcinoms sichere Heilung bringt. Den Schluss der Arbeit bilden die Krankengeschichten von 18 Radicaloperationen, 13 Palliativoperationen und 80 inoperablen Larynx- und Pharynxcarcinomen.

4. Der peritracheolaryngeale Abscess bei Kindern. Vorläufige Bemerkungen von Prof. F. Massei (Neapel).

Verf. sucht ein neues Krankheitsbild abzugrenzen, das klinisch dem Croup sehr ähnlich ist. Der Abscess unterhalb der Stimmritze entsteht durch Vereiterung peritracheolaryngealer Drüsen. Er macht die Erscheinungen der acuten Laryngostenose und öfters auch Symptome des Drucks auf den Recurrens. Die Behandlung hat, wenn nicht spontane Eröffnung des Abscesses erfolgt, zwischen Tracheotomie und Intubation zu wählen.

5. Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand, von Dr. A. Gouguenheim (Paris).

Verf. berichtet über 6 Fälle dieses Leidens. Dasselbe ist nach seinen Erfahrungen ein seltenes. Die Aetiologie ist fast stets ein Trauma. Der Sitz des meist doppelseitigen Abscesses ist der vordere untere Theil des Septums. Die wesentlichen Symptome sind die Nasenverstopfung und die blasse graue Geschwulst, die hart, aber dem Druck nachgebend, bisweilen fluctuirend ist. Die Therapie besteht in der Eröffnung. Nach derselben erfolgt meist rasche und glatte Heilung.

6. Die Diphtherie der oberen Luftwege in ihren Beziehungen zum Croup, von Dr. C. Rauchfuss (St. Petersburg).

Eine sorgfältige, auf einem grossen klinischen Material basirende Studie über die Beziehungen zwischen den verschiedenen Formen von Croup und der diphtheritischen Angina. Es ergiebt sich, dass unter 284 Fällen von diphtheritischem pseudomembranösen Croup nur 9 (= ca. 3 pCt.) ohne pseudomembranöse Angina verliefen; und selbst diese 9 Fälle halten einer strengen Kritik kaum Stand, wie Verf. im einzelnen nachweist. Die Annahme eines diphtheritischen fibrinösen Primärcroups entbehrt danach einer sicheren Grundlage. Der Croup, der im Verlaufe der diphtheritischen Angina auftritt, ist aber nur in 57 pCt. der Fälle ein fibrinöser; in 25 pCt. handelte es sich um schweren Catarrhalcroup (Laryngitis subchordalis acuta); in 18 pCt. blieb die Diagnose zweifelhaft.

7. Ueber Angiome der Stimmbänder, von Prof. Dr. O. Chiari (Wien).

Verf. stellt die bisherigen Beobachtungen über diese im Larynx seltene Geschwulstform zusammen und berichtet über seine eigenen histologischen Untersuchungen in 2 Fällen. In beiden handelte es sich um eine Varixbildung am Stimmbande. Durch eine Reihe von Abbildungen belegt Ch. seine Deutung der beschriebenen Befunde.

8. Ueber acute Osteomyelitis des Oberkiefers, von Dr. E. Schmiegelow (Kopenhagen).

Verf. berichtet über einen Fall eigener Beobachtung und stellt andere aus der Literatur zusammen. Die Krankheit ist infectiösen Charakters. Die Infection erfolgt von der Nase aus durch die Oberkieferhöhle, am leichtesten bei Säuglingen, bei denen das Antrum noch kein lufthaltiger Hohlraum, sondern mit einer dicken Bindegewebsbekleidung ausgefüllt ist. In dieser findet leicht eine Retention der Entzündungsproducte und ein Uebergreifen der Erkrankung auf die Knochenwände statt. Die Behandlung ist eine chirurgische und besteht in Entfernung der Zahnkeime und Zähne, Ausspritzen der Kieferhöhle, Beseitigung von Sequestern etc.

9. Kleinere Beiträge zur Aetiologie der Lungentuberculose, von Dr. W. Freudenthal (New York).

Verf. untersuchte den Nasopharynx und sein Secret bei 133 Personen. 52 von diesen waren Phthisiker; bei 24 enthielt das Secret Tuberkelbacillen, 7 hatten Ulcerationen. Dass für manche dieser Fälle der Nasenrachenraum als Sitz der Primäraffection anzusehen ist, entnimmt Verf. aus dem Befund bei den 81 Nichttuberculösen, bei denen er 9 mal Tuberkelbacillen, 1 mal Ulcera im Nasopharynx fand. Verf. bespricht dann die Bedeutung der Blutungen aus dem Nasopharynx und der lymphoiden Hypertrophie in demselben. In interessanten Ausführungen legt er dar, dass der Nasenrachenraum als „todter Punkt“ besondere Bedingungen für die Haftung und Entwicklung der Tuberkelbacillen bietet und dass überall da eine Häufung von Tuberculose statthat, wo die ätiologischen Bedingungen für Retronasalcatarrhe gegeben sind.

10. Eine neue Methode zur Behandlung der Nebenhöhleneiterungen der Nase, von Dr. G. Spiess (Frankfurt a. M.).

Verf. bezeichnet seine Methode als elektrisch-chemische. Die Höhle wird mit NaCl-Lösung gefüllt, durch das Lumen eines eingeführten Hartgummiröhrchens ein Kupferdraht eingeschoben und — während der andere Pol der Höhlenwandung aussen aufliegt — ein Strom von 10—15 M.-A. 10 Minuten lang durchgeführt. Der positive Pol übt eine baktericide Wirkung, nach Wendung des Stromes bewirkt die Kupferelektrolyse einen Niederschlag von Chlorkupfer. Die bisher vom Verf. erzielten therapeutischen Resultate sind günstige.

11. Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebses, von Dr. W. Hansberg (Dortmund).

Im Anschluss an einige eigene Beobachtungen giebt Verf. eine tabellarische Zusammenstellung von 154 operirten Fällen. Eingehende Erörterungen über die einzelnen Operationsmethoden und die durch sie erzielten Resultate führen Verf. zu dem Schluss, dass in der neueren Zeit die conservativen Methoden in den Vordergrund treten; sie finden sich fast 4 mal so zahlreich als die Totalexstirpationen; und dass die schonenderen Methoden in vielen Fällen auch genügen, um den Kehlkopfkrebs dauernd und gründlich auszurotten; ihre Gesammtresultate sind unvergleichlich bessere, als bei der Totalexstirpation.

12. Primäre Larynxtuberculose, von Dr. Eduard Aronsohn (Ems-Nizza).

Verf. berichtet über zwei Fälle eigener Beobachtung und stellt einige andere aus der Literatur zusammen, die das Vorkommen primärer Larynxtuberculose als unzweifelhaft erscheinen lassen.

13. Die anatomische Untersuchung des Kehlkopfs bei Larynxstenosen, von Dr. C. Benda (Berlin).

Verf. empfiehlt statt der gewöhnlichen Sectionsmethode des Kehlkopfs die Härtung des gesammten Organs (24 Stunden in 10proc. Salpetersäure, dann ohne vorherige Wässerung 48 Stunden in Müller'scher Lösung oder 2 proc. Kalibichromatlösung, schliesslich mehrtägige Waschung in Wasser) und das Anlegen von Querschnitten. 2 Reihen von Abbildungen solcher Querschnitte, die von stenosirten diphtheritischen Kehlköpfen gewonnen sind, illustriren die Vorzüge der Methode.

14. Posticuslähmung bei Gonorrhoe von San.-Rath Dr. Lazarus (Berlin).

32jähriger Hausdiener, der 6 Wochen nach einer gonorrhoischen Infection an multiplen Gelenkentzündungen erkrankt und wegen Athemnoth das Krankenhaus aufsuchen muss. Der laryngoskopische Befund entspricht einer doppelseitigen Posticuslähmung. Nach der Tracheotomie allmälige Zurückbildung der Stimmbandlähmung. Verf. erklärt die Lähmung durch gonorrhoische Neuritis des N. laryngeus inferior. Die Möglichkeit einer gonorrhoischen Affection der Cricoarytaenoidealgelenke sowie einer Perichondritis, die er differentialdiagnostisch in Betracht zieht, weist er in eingehender Begründung ab.

15. Ueber „Kehlkopfschwindel“ (Ictus laryngis). Plötzlicher Tod in einem Anfall. Von San.-Rath Dr. Otto Schadewaldt (Berlin).

Verf. berichtet über 7 Fälle, von denen einer letal endigte. Er deutet die Anfälle in folgender Weise: „Der Reiz des Laryngeus superior wirkt centripetal; er reizt das Exspirationscentrum und erzeugt Hustenstösse; zugleich reizt er das Hemmungscentrum des Herzens und bewirkt Herzstillstand und hierdurch cerebrale Anämie und Bewusstlosigkeit“. Die Annahme einer krankhaften Disposition ist unabweisbar. Chronischer Alkoholismus scheint einen disponirenden Einfluss zu üben. Der Ictus laryngis kommt fast ausschliesslich bei Männern vor.

16. Beitrag zur Lehre von den toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur von Priv.-Doc. Dr. P. Heymann (Berlin).

H. theilt 3 Fälle von Bleilähmungen im Kehlkopf mit; überwiegend sind die Abductoren betroffen. Ein anderer Fall von Kehlkopflähmung wird vom Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf chronische Arsenintoxication zurückgeführt. Literarische Notizen über Kehlkopflähmungen durch Morphin, Cocain, Alkohol u. a. Gifte beschliessen die Arbeit.

17. Neue Versuche zur Photographie in den oberen Luftwegen von Dr. Theodor S. Flatau (Berlin).

Technische Mittheilungen über Versuche durch Verbindung der photographischen Kammer mit dem Kirstein'schen Autoskopirspatel directe Bilder des Kehlkopfinneren aufzunehmen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen; im Princip aber erklärt Verf. die Aufgabe, die er sich gestellt hat, für gelöst.

18. Chorditis vocalis inferior hypertrophica von Dr. A. Kuttner (Berlin).

Krankengeschichte eines Falles, der trotz Tracheotomie und späterer Radicaloperation (Laryngofissur, Excision der subchordalen Wülste mit Messer und Thermokauter) ad exitum kam. Die mikroskopische Untersuchung der subchordalen Partien ergab einfach die Erscheinungen alter Entzündung, keinen Anhaltspunkt für Tuberculose, Sklerom oder andere. Die Erörterungen, die Verf. an diesen Fall anschliesst, führen ihn zu dem Schluss, „dass man eine von Lues, Tuberculose, Sklerom und jedweder Nasenerkrankung unabhängige, genuine Form der Chorditis vocalis inferior hypertrophica anerkennen muss, die als das Product einer ein- oder mehrmaligen, subacut verlaufenden Laryngitis aufzufassen ist“.

19. Die Autoskopie des Nasenrachenraums von Dr. J. Katzenstein (Berlin).

Bei hängendem Kopf, während der auf dem Rücken liegende Patient die Zunge hervorzieht, übersieht K., nachdem er mit einem besonderen Gaumenhaken den weichen Gaumen nach vorn und unten gezogen, einen grösseren Theil des Nasenrachenraums. Er entfernt auf diese Weise Tumoren und adenoide Vegetationen unter Führung des Auges und übt den Katheterismus der Tuba Eustachii vom Nasenrachenraum aus.

20. Ueber die Erscheinungen, die in der Schilddrüse nach Exstirpation der sie versorgenden Nerven auftreten, von Dr. J. Katzenstein (Berlin).

Experimentelle Arbeit. Das Resultat der an Hunden angestellten Versuche

ist, dass die elektrische Reizung der Schilddrüsennerven (N. thyreoideus superior und inferior) histologische Veränderungen der Drüse nicht hervorruft. Die Exstirpation der Nerven aber hat eine Degeneration der Drüse im Gefolge, deren Verlauf Verf. durch Photogramme illustrirt.

21. Giebt es eine Laryngitis haemorrhagica? von Dr. S. Salzburg (Berlin).

Die Krankheit ist selten, kommt aber vor; Varicen der Kehlkopfschleimhaut, Blutungen ohne Catarrh (Haemorrhagia laryngis) u. a. gehören nicht zur Laryngitis haemorrhagica. Als solche gilt nur der „idiopathische Larynxcatarrh, der ohne äussere Veranlassung und bei intacter Schleimhaut mit Blutungen auf oder in die Schleimhaut einhergeht“.

22. Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste von Dr. Georg Finder (Charlottenburg).

Die Besprechung knüpft an 10 Sarkom- und 2 Carcinomfälle an, die unter 28000 Kranken der Fränkel'schen Poliklinik zur Beobachtung kamen. Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie werden erörtert. Der Frage der Umwandlung gutartiger Nasengeschwülste in maligne steht Verf. ablehnend gegenüber. Das Vorkommniss, dass ein Patient mit maligner Neubildung gleichzeitig oder vorher an Nasenpolypen gelitten hat, lässt sich auch ohne Heranziehung der Transformationstheorie in verschiedener Weise deuten.

23. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfs von Dr. Grabower (Berlin).

Krankengeschichte und Sectionsbefund eines Falles von Tabes mit linksseitiger Stimmbandlähmung. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: die Accessoriuswurzeln vollkommen unversehrt; die Vaguswurzeln hochgradig atrophirt. Verf. sieht in seinem Falle die erste einwandsfreie Bestätigung der durch das Thierexperiment gewonnenen Thatsache, dass der Vagus der alleinige motorische Kehlkopfnerv ist.

24. Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhöhlen von Dr. Arthur Alexander (Berlin).

Ausführliche statistische Bearbeitung von 104 Polypenfällen und 170 Empyemfällen. Zur Bildung von Polypen wirken Entzündung und Circulationsstörung zusammen. Der Schleimhautpolyp (Hyperplasia oedematosa) kann ein weiterer Ausdruck desselben Entzündungsprocesses sein, der das Empyem verursacht hat. Aber von 170 Empyemfällen hatten nur 45 Polypen aufzuweisen; bei keinem von diesen bestand das Empyem kürzere Zeit als 1 Jahr; so lange also müssen die Entzündungsproducte auf die Nasenschleimhaut einwirken, damit dieselbe Polypen producirt. Auf der andern Seite zeigten von 149 Patienten mit Nasenpolypen 69 überhaupt keine Nebenhöhleneiterung.

25. Die Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin von Stabsarzt Dr. W. Bussenius, Assistent der Klinik.

Beschreibung der unter Prof. B. Fränkel's Leitung stehenden Klinik und kurzer statistischer Bericht über das Krankenmaterial in den ersten 6 Monaten des Jahres 1896.

26. Ueber das maligne Adenom der Schilddrüse von Dr. Edmund Meyer (Berlin).

Verf. berichtet über einen eigenen Fall und stellt 15 andere aus der Literatur zusammen. Die seltene Krankheit darf nicht mit dem Carcinom der Schilddrüse zusammengeworfen werden, von dem sie klinisch durch ihren langsamen Verlauf und, wie Verf. des Näheren darlegt, auch pathologisch-anatomisch verschieden ist.

27. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern von Dr. Albert Rosenberg (Berlin).

Die Bearbeitung umfasst 19 eigene Beobachtungen und ein tabellarisch zusammengestelltes literarisches Material von 88 Fällen, die mittelst Laryngofissur behandelt wurden, ferner von 34 tracheotomirten und schliesslich von 34 endolaryngeal behandelten Fällen. Die kritische Sichtung der Behandlungsergebnisse führt Verf. zu dem Schluss, dass in allen Fällen von Kehlkopfpapillomen bei Kindern, wenn überhaupt eine Operation nöthig ist, zuvörderst endolaryngeal behandelt werden muss. Führt dies nicht zum Ziel oder erreicht die Dyspnoe einen gefährlichen Grad, so wird tracheotomirt. Die Laryngotomie ist nur bei älteren Kindern gestattet und auch hier nur in Ausnahmefällen.

F. Klemperer (Strassburg i. E.).

---

b) **M. Lermoyez. Die Therapie der Erkrankungen der Nase, der Nasennebenhöhlen und des Nasenrachenraums. (Therapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal.)** 2 Bd. 800 S. 80 Figuren. O. Doin, Paris. 1896.

Das L.'sche Werk hat vier Theile. Der erste Theil (A) enthält folgende 5 Kapitel: a) Beleuchtung, b) allgemeine und locale Anästhesie, c) Asepsis und Antisepsis, d) Elektrotherapie (Galvanokaustik, Beleuchtung, Bewegung, Elektrolyse, Galvanisirung) und e) Vibrationsmassage. Im ersten Kapitel setzt Verf. die grosse Bedeutung der Lichtquelle und der Einfallsrichtung der Lichtstrahlen auseinander; er erläutert seine Darlegungen durch zweckmässige schematische Zeichnungen. Er selbst scheint sich vorzugsweise des Auer-Brenners und eines gewöhnlichen Stirnspiegels zu bedienen. Zur Allgemeinnarkose bei Operationen von einer gewissen Dauer empfiehlt sich am meisten das Chloroform; für sehr kurze Eingriffe genügt das Bromaethyl. Zur localen Anästhesie wird eine frische Lösung von Cocainum muriatic. benutzt, deren Gehalt 10 pCt. nie übersteigen braucht. Vertraut man sie dem Kranken selbst zu Einstäubungen an, so achte man man darauf, chronischen Cocainismus zu vermeiden. Bei nervösen Patienten tritt derselbe nach längerem Gebrauch von Cocain in der Nase leicht auf. Asepsis erzielt man durch Kochen der Instrumente in 1proc. Natriumcarbonatlösung; Instrumente, die Siedehitze nicht vertragen, werden kalt mit Chloroform sterilisirt. Kautschuk- und Celluloid-Instrumente, und ebenso die Spiegel, legt man für mindestens $1/_2$ Stunde in eine 1proc. wässerige Lösung von Phenosalyl. Das Wasser, das man zur Nasenspülung etc. benutzt, sei gekocht, die Watte hydrophil und aseptisch; Tampons

werden im geschlossenen Gefäss aufbewahrt und zum Gebrauch mit der Pincette gefasst und applicirt. — Das Kapitel über die Elektrotherapie wird der Praktiker mit grossem Nutzen lesen. Es enthält alle nothwendigen Angaben behufs Einrichtung der elektrischen Apparate bei sich und für ihre verschiedenartige Verwerthung. Ebenso ausführlich wird die Technik der Vibrationsmassage geschildert, über deren Werth das Urtheil des Verf.'s allerdings noch nicht abgeschlossen ist.

Der zweite Theil (B) ist dem Studium der Nasenkrankheiten gewidmet. Die Untersuchung der Nasenhöhlen, ihre Reinigung, die Application der Medicamente, die Cauterisation und die gewöhnlichen operativen Eingriffe werden beschrieben. Die Weber'sche Douche will Verf. nur für die Fälle benutzt wissen, bei denen die Nase von Schleimmassen oder Krusten gereinigt werden muss; sonst giebt er der Ausspritzung der Nase und dem Nasenbad den Vorzug.

Das beste Stypticum für die Blutungen nach Nasenoperationen ist das Wasserstoffsuperoxyd-Wasser. Die Tamponade muss vollständig sein; sie wird mit Jodoformgaze gemacht. Die Deviationen und Verdickungen des Septum narium werden genau besprochen, desgleichen die verschiedenen Behandlungsmethoden für dieselben, an denen Verf. strenge Kritik übt. Er empfiehlt den Gebrauch des Feldbausch'schen Dilatators zur Verhütung des Ansaugens der Nasenflügel, das eine nicht ungewöhnliche Ursache von Nasenstenose darstellt. Das beste Mittel gegen Nasenblutungen besteht nach Verf.'s Ansicht in der Application von geschmolzenem Arg. nitricum auf die blutende Stelle. Zur Abtragung der Muschelenden umgreift Verf. dieselben zuerst mit der kalten Schlinge und übt 2 bis 3 Minuten eine langsame Constriction aus, um die Gerinnung in den Gefässen vorzubereiten; dann erst schneidet er langsam mit einem schwachen und häufig unterbrochenen Strome. Die Ozaena bleibt nach seiner Meinung stets unheilbar; jedoch kann man die Kranken von dem schlechten Geruch befreien, indem man die Krusten entfernt und ihre Neubildung verhindert. In diagnostischer Hinsicht ist es wichtig, festzustellen, wie weit die Nasenhöhlen an der Erkrankung betheiligt sind. Die Vibrationsmassage scheint hierbei recht gute Resultate zu geben. Interessante Darlegungen über die Behandlung der Anosmie und der Reflexneurosen beschliessen diesen Theil.

Der dritte Theil (C) behandelt die Pathologie der Nasennebenhöhlen, die noch neueren Datums und in zahlreichen Punkten noch unaufgeklärt ist. Es sind kaum 10 Jahre her, dass man nur die chirurgischen Nebenhöhlenentzündungen kannte, und die Diagnose nur mittelst Herausbrechen der knöchernen Wände zu stellen vermochte. Jetzt kennt auch der Rhinologe die Entzündungen der Sinus und die Inspection der Nase enthüllt ihre Häufigkeit. Die Diagnose ist oft erschwert durch das gleichzeitige Vorhandensein einer Nasenaffection, durch die Betheiligung anderer Sinus oder durch die Unklarheit der Symptome.

Die Nebenhöhlenentzündungen können katarrhalisch oder eitrig sein, das Empyem ist geschlossen oder offen. Verf. zählt die Symptome auf, die eine Diagnose ermöglichen, und wägt ihren relativen Werth gegeneinander ab. Bezüglich der Therapie erklärt Verf., dass jedes Empyem behandelt werden muss. Von internen Medicamenten kommt neben tonisirenden und calmirenden Mitteln nur noch das Jodkali in Betracht. Im Falle von Syphilis wird dasselbe mit Quecksilber

combinirt; sonst giebt man es nur in kleinen Dosen zur Verflüssigung des Pus. Die Localbehandlung ist die wichtigste: der Eiter muss entleert, der Abfluss desselben erleichtert werden. Hypertrophien der Riechschleimhaut sind zu beschränken. Polypen, kranke Zähne, Fremdkörper, kurz alle Ursachen, welche die Krankheit herbeigeführt haben und der Heilung widerstreben, sind zu beseitigen. Der chirurgische Einnriff (breite Eröffnung der Höhlen, Curettement) wird erst an letzter Stelle vorgenommen. Für die Behandlung des Highmorshöhlen-Empyems zieht Verf. noch immer die Anbohrung von der Zahnalveole vor mit nachfolgenden Ausspülungen, selbst mit der Tamponade. Bleibt der Erfolg aus, so empfiehlt Verf. breite Eröffnung von der Fossa canina aus. Bei der Behandlung des Empyems der Stirnhöhle lässt Verf. zuvor die Spitze der mittleren Muschel reseciren, curettirt das Infundibulum und spült dann durch die natürlichen Oeffnungen aus. Der Zugang zur Keilbeinhöhle ist weniger gefahrvoll, als der zur Stirnhöhle und selbst zur Kieferhöhle. Man geht durch die Nase ein und legt mit der Curette eine breite Oeffnung in der Wandung an. Die Pathologie der Siebbeinzelle liegt noch sehr im Dunklen. Die Diagnose bietet viele Schwierigkeiten. Man eröffnet zuerst alle kranken Zellen mit der Zange; dann geht man zum Curettement über. Combinirte Empyeme werden successive behandelt.

Vierter Theil (D). Der letzte Theil beginnt mit einer eingehenden und sehr klaren Besprechung der Rhinoskopia posterior und beschäftigt sich dann mit dem Nasenrachenraum. Die Adenoiditis, die häufig Ursache von Taubheit ist, wird oft verkannt, man muss deshalb auf sie die Aufmerksamkeit lenken. Die Methode, der für die Behandlung des chronischen Nasenrachenkatarrhs der Vorzug zuerkannt wird, ist die Currettage mit der Trautmann'schen Curette unter der Controle des Nasenspiegels. Die adenoiden Vegetationen, auf die sehr sorgfältig eingegangen wird, erfordern zumeist einen operativen Eingriff. Derselbe wird stets vorgenommen, wenn die Vegetationen umfangreich sind, selbst dann, wenn sie zu Störungen nicht Anlass geben. Operirt werden soll in einer Sitzung und mit dem Gottstein'schen Messer. Bei Kindern unter 2 Jahren ist die Narkose unnöthig. Bei Kindern von 12—15 Jahren wird Bromaethyl benutzt, bei solchen über 15 Jahren Cocain. — Zuletzt werden die Cysten, die fibromucösen und die fibrösen Polypen besprochen. Die letzteren sind in diagnostischer Hinsicht von Wichtigkeit wegen der Cvmplicationen, zu denen sie Anlass geben. Zu ihrer Behandlung wird die Elektrolyse empfohlen. Marcel Natier (Paris).

---

c) **J. A. Wilkens** (Semarang). **Ueber die Bedeutung der Durchleuchtung für die Diagnose der Kieferhöhleneiterung.** Dissert. Freiburg. Leiden, J. H. de Bussy. 1896. 69 S.

„In der Beurtheilung des diagnostischen Werthes der Durchleuchtung gehen die Ansichten weit auseinander. Während einige dieselbe als ein äusserst werthvolles Verfahren rühmen, betrachten sie andere als eine durchaus überflüssige Spie-

lerei.“ Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Bedeutung dieser differenten Beurtheilungen vorurtheilsfrei zu untersuchen.

Zu diesem Zweck hat er, zusammen mit Ref., 100 nicht-nasenkranke Personen systematisch durchleuchtet. Nachdem er die beiden ersten Capitel der Geschichte und der Technik der Durchleuchtung gewidmet hat, theilt er im 3. Capitel die Resultate dieser Untersuchungen an Gesunden mit. In 54 pCt. seiner Fälle wurden die Wangen (die Infra-orbital-Gegenden) gut, in ca. 37 pCt. mässig oder schlecht, in ca. 9 pCt. gar nicht durchleuchtet. Die Pupillen wurden in 74 pCt. erleuchtet gefunden. Der subjective Lichteindruck entstand in 97 pCt. der Fälle auf beiden Seiten. Erhebliche Asymmetrien im Durchleuchtungsbild wurden nur in einer ganz kleinen Procentzahl der Fälle wahrgenommen (an den Wangen 3 mal, an den Pupillen 6 mal, subjectiv 1 mal). Verf. erachtet diese Thatsachen wichtiger, als die theoretischen Einwendungen gegen die Durchleuchtung, welche auf Kiefertumoren, Asymmetrien des Skelettes und dergl. basirt sind. In der That beweisen dieselben, dass zwar normale Menschen einen sehr verschiedenen Grad von Durchleuchtbarkeit besitzen, dass aber bei nicht-entzündeten Highmorshöhlen ein gewisser Grad von Durchleuchtbarkeit fast ausnahmslos nachgewiesen werden kann.

Im 4. Capitel finden wir die Frage besprochen, in wiefern diese Transparenz durch die Entzündung des Antrum beeinflusst wird. Verf. theilt die Durchleuchtungsbefunde bei 45 Empyemkranken aus der Praxis des Ref. mit. Bei 39 einseitigen Eiterungen war die betreffende Wange 34 mal verdunkelt, 5 mal bestand kein Helligkeitsunterschied zwischen gesunder und kranker Seite. Bei 6 doppelseitigen Empyemen war die Durchleuchtung der Wangen immer eine schlechte.

Die Durchleuchtung des Bulbus fehlte bei den 39 einseitigen Eiterungen 36 mal vollständig, d. h. die Pupille war unsichtbar und es entstand kein subjectiver Lichteindruck; 3 mal leuchteten, trotz einseitiger Eiterung, beide Pupillen und war der Lichteindruck ein doppelseitiger. Bei den Fällen doppelseitiger Eiterung waren die Pupillen immer dunkel. Der subjective Lichteindruck fehlte in 2 von diesen Fällen vollständig; 4 mal war derselbe, sei es auch schwach oder zweifelhaft, vorhanden.

Ans diesen Thatsachen erhellt, dass die transilluminatorische Verdunklung zwar ein nicht constantes, dennoch unbedingt eines der allerhäufigsten Symptome der Highmorseiterung bildet.

Im 5. Capitel sucht Verf. zu ergründen, warum ein so häufiges und dazu so leicht zu constatirendes Symptom bei so vielen (namentlich bei den deutschen) Collegen nicht geliebt ist.

Auffallend ist es, wie manche Autoren die Methode verwerfen, weil damit nicht in jedem Fall eine sichere Diagnose sofort erhalten werden kann. Verf. weist darauf hin, dass es in der ganzen Pathologie kaum ein Zeichen giebt, welches solchen übertriebenen Anforderungen genügt.

Einige Autoren legen wenig Werth auf die Methode, weil sie erfahren haben, dass nach der gründlichen Ausspülung einer eiternden Highmorshöhle die Verdunklung auf der betreffenden Seite unverändert fortbesteht. Diese, auch vom

Verf. wiederholt gemachte Erfahrung beweist indessen nur, dass ausser dem Eiter noch ein anderer Factor: die Hyperämie der entzündeten Höhlenwandungen, an der Verdunklung Antheil hat. Anstatt gegen die Methode zu plädiren, ist dieses Factum ein für den Werth der Durchleuchtung sehr wesentlicher Umstand. Derselbe unterscheidet die Durchleuchtung von sämmtlichen anderen diagnostischen Merkmalen (inclus. Probepunction), welche nur bei momentaner Anwesenheit von Eiter Geltung haben.

Auch ist Verf., in Uebereinstimmung mit Garel der Meinung, dass die Methode von Denjenigen, welche solche schlechte Resultate mit derselben gehabt haben, durchaus nicht immer richtig ausgeführt worden ist. Auch Ref. hat sich wiederholt davon überzeugen können, wie diese Untersuchung ganz übereilt, in nur halbwegs dunkel gemachten Zimmern vorgenommen wurde; wie man den mit weit geöffneten Augen im halblichten Zimmer dasitzenden Kranken fragte, ob er auch ein Licht erblicke u. s. w.!

Im letzten Capitel bespricht Verf. die Durchleuchtung im Zusammenhang mit der Probedurchspülung. Von mehreren Seiten ist behauptet worden, die Durchleuchtung sei nicht nur unzulässig, sondern dazu überflüssig, weil wir ja in der Probedurchspülung ein unfehlbares Diagnosticum besässen.

Wenn man in der That mit der Probepunction immer sofort ein Empyem diagnosticiren oder ausschliessen könnte, so hätte solche Argumentation ein gewisses Recht. Allein mit guten Gründen führt Verf. aus, dass zwar ein exquisit positiver Ausfall der Probepunction die sichere Diagnose einer Kieferhöhleneiterung gestattet, dass aber dieselbe gar nicht selten zweifelhaft ausfällt und dass auch ein negativer Ausfall Einem nicht aus dem Zweifel heraushilft. Sogar Ziem, welcher die Bedeutung der Probepunction gewiss nicht unterschätzt, giebt zu, dass er in vielen Fällen nicht mit einer einmaligen Probedurchspülung sich begnügt und manchmal erst am zweiten Tage Eiter nachgewiesen hat. Entscheidende Sicherheit für alle Fälle gewährt also auch die Probepunction nicht. Dazu kommt, dass dieselbe viel umständlicher und auch für die Patienten erschreckender ist als die ganz harmlose Durchleuchtung. „Es würde unserer Praxis nicht zum Vortheil gerathen“, sagt Verf., „wenn wir bei jedem Fall von chronischem Schnupfen, von Kopfschmerz, von Schwindel u. s. w. die Probedurchspülung beider Kieferhöhlen vorzunehmen uns angewöhnten.“ Dass dagegen die häufige Anwendung der Durchleuchtung oft die richtige Spur anzeigt, beweisen einige seiner Fälle auf's eclatanteste: Eine Dame (No. 36) litt seit vielen Jahren an Kopfschmerzen und andern nervösen Beschwerden, welche vielerlei Behandlungen und Curen widerstanden hatten. Wiewohl kein einziges Zeichen von Nasenerkrankung vorhanden war, wurde die Patientin, behufs Nasenuntersuchung, von ihrem Hausarzt zum Ref. geschickt. Die Nase zeigte sich vollkommen normal; auch keine Spur von Secret. Bei der Durchleuchtung zeigte sich, unerwarteter Weise, die Transparenz der rechten Seite aufgehoben, während links die Durchleuchtung eine ausgezeichnete war. Nach Probepunction im Alveolarfortsatz wurde an derselben Stelle das rechte Antrum eröffnet und eine grosse Menge dicken Eiters herausgespült und Patientin in der Folge von ihren Beschwerden befreit.

Ein anderer Fall (No. 42) betraf eine Patientin, welche behufs der oben er-

wähnten Statistik durchleuchtet wurde, und wo bei dieser Gelegenheit ein vollständig latentes Empyem der linken Kieferhöhle entdeckt wurde.

Hoffentlich wird die Wilkens'sche Arbeit dazu beitragen, dass die Unterschätzung der Durchleuchtung einer richtigen Würdigung ihrer Bedeutung für die Semiologie des Highmorsempyems Platz machen, und dass man sich der letzten These des Verf. allseitig anschliessen wird: „Wiewohl die Durchleuchtung weder in positivem noch in negativem Sinne absolute Sicherheit gewährt, so ist dieselbe ein sehr werthvolles Hülfsmittel für die Diagnostik der Kieferhöhleneiterung."

H. Burger.

---

d) **L. v. Frankl-Hochwart** (Wien). **Die nervösen Erkrankungen des Geschmacks und Geruchs, die Tetanie.** Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. XI. Bd. II. Th. IV. Abth. Wien. 1897. Alfred Hölder.

v. Frankl bespricht die Physiologie des Geschmacks, die den Geschmack vermittelnden Nerven, die Methodik der Prüfung und die nervösen Störungen des Geschmacks in gesonderten Capiteln, indem er überall die Ergebnisse der Forscher ausführlich und kritisch prüft.

Namentlich die schwierigen Fragen über die Function der Chorda tympani und die Betheiligung des Trigeminus an der Leitung der Geschmacksempfindungen sind trefflich behandelt, ebenso die Lehre von den Geschmacksqualitäten und dem Wechsel der Geschmacksempfindungen je nach dem Alter des Individuums und nach der supponirten specifischen Energie der einzelnen Endapparate des Geschmackssinnes. Die Prüfung des Geschmackssinnes ist am Krankenbett nach v. Frankl nur qualitativ möglich. Sie soll nur durch Betupfen mit fein gespitzten Pinseln ausgeführt werden. Die Lösungen enthalten Chininum bisulfuricum, Essigsäure, Saccharin und Kochsalz. Zur Mittheilung der Wahrnehmung bedient sich v. Frankl der bekannten Täfelchen, auf welchen die Geschmacksqualitäten verzeichnet sind; er hat dazu noch quantitative Bestimmungen „schwach, mittel, stark" anfügen lassen, so dass der Kranke nur mit dem Finger hinzuzeigen hat, um Aufschluss über seine Empfindung zu geben.

Den Schluss bilden die Erörterungen über die partielle oder allgemeine Ageusie (Anästhesie und Hypästhesie des Geschmacks), welche durch Läsionen der Nerven, seien sie peripher oder central, und zwar sowohl des Quintus als auch der Chorda tympani allein oder des Glossopharyngeus oder durch Hysterie veranlasst wird, über die Hyperalgesia gustatoria und über die Parageusien. Diese letzte Form kommt sowohl bei Catarrhen des Magens und der Zunge als auch bei Erkrankungen der den Geschmack vermittelnden Nerven und endlich bei Tabes, Hysterie und Neurasthenie vor.

In derselben gründlichen Weise wird weiter die Physiologie des Geruches behandelt. Zur Untersuchung empfiehlt v. Frankl den Olfactometer von Zwaardemaker und dessen Methode, welche mit Zugrundelegung eines bestimmten Riechreizes als Einheit (der Olfactie) die Riechschärfe (Olfactus) ermittelt.

Bei der Anosmie ist Rücksicht zu nehmen auf die Ursache, welche oft in

mechanischen Störungen der Lufteirculation in der Nase besteht. Mangel des Pigments in der Regio olfactoria wurde einmal als Ursache erkannt; häufiger sind angeborener Defect und senile Atrophie des Riechnerven, allgemeine Infectionskrankheiten und locale Zerstörung des Geruchsepithels, Ueberreizung des Olfactorius oder Verletzung desselben und Erkrankungen des Gyrus hippocampi und des Cornu Ammonis. Unklar ist der Zusammenhang der Anosmie mit peripherer Facialislähmung und Quintuserkrankung.

Hysterie dagegen ist häufig die Veranlassung zu Anosmie, Parosmie und Hyperosmie. Eine besondere Form der Parosmie die sog. Kakosmie ist oft peripheren Ursprungs durch Eiterung in den Nebenhöhlen oder durch Catarrhe der Nase selbst veranlasst.

Alle diese Ausführungen des Autors stützen sich grösstentheils auf fleissige und gewissenhafte Literaturstudien und geben uns eine gute Uebersicht über dieses schwierige Thema.

Ebenso verfährt später v. Frankl bei der Arbeit über die Tetanie, welche den Haupttheil des Bandes ausmacht. Nur finden wir hier eine grosse Menge selbstständiger Beobachtungen und Erklärungen; für unser Specialfach ist nur die Tetanie nach Strumaexstirpation von grösserem Interesse. Doch finden wir darüber nichts Neues. Werthvoll ist der bibliographische Index über Tetanie, der die Publicationen seit dem Jahre 1830 in alphabetischer Ordnung bringt.

Jedenfalls ist das Buch zur Orientirung auf diesen drei Gebieten sehr empfehlenswerth. O. Chiari.

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. A. W. de Roaldes (New Orleans) hat den Orden der Ehrenlegion für seine Verdienste um die Verwundeten im deutsch-französischen Kriege erhalten. „Better late than never!“

Prof. Körner (Rostock) ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

Dr. Castex (Paris) hat den Auftrag erhalten, wie wir der Monatsschrift für Ohrenheilkunde entnehmen, über Laryngologie und Otologie an der Pariser Facultät zu lesen.

Vierte Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Der II. Schriftführer, Dr. Hedderich, 22 Max-Strasse, Augsburg, erlässt die Mittheilung, dass die diesjährige Versammlung am 7. Juni, dem zweiten Pfingstfeiertage, in Heidelberg stattfinden wird.

Bibliothek der Société Belge d'Otologie et de Laryngologie.

Im Namen der neugegründeten Société Belge d'Otologie et de Laryngologie erlaubt sich Unterzeichneter die Theilnahme der Herren Fachgenossen an der Gründung einer Fachbibliothek in Anspruch zu nehmen, indem er dieselben bittet, so viel als möglich ihre veröffentlichten Arbeiten, Separatabdrücke etc. an den Secretär der Belg. otolaryngologischen Gesellschaft, Herrn Dr. Buys, 44 rue du Nord, Brüssel, einsenden zu wollen.

Brüssel, im December 1896.

Dr. Bayer, Vorsitzender.

[Vorstehende Bitte ist uns schon vor einigen Monaten zugegangen und gelangt nur in Folge eines Uebersehens, wegen dessen wir um Entschuldigung bitten, so spät zum Abdruck. Red.]

Die laryngologische Section des internationalen medicinischen Congresses.

Moskau, August 1897.

Dr. Stepanow ersucht uns, einen Irrthum zu berichtigen, der sich in das Programm eingeschlichen hat. Er betrifft das erste Thema: „Diagnose und Therapie der Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase etc." Dr. Gleitsman, der als dritter Einführender genannt ist, fungirt nicht als solcher, sondern leitet gemeinschaftlich mit Dr. Ruault das vierte Thema „Fortschritte in der Behandlung der Larynxtuberculose" ein. — Ferner wird Dr. Flatau als Einführender an der achten Discussion: „Verwendung der Photographie in der Laryngologie" theilnehmen.

Eine Berichtigung.

Dr. Gleitsman (New York) schreibt dem Herausgeber:

„Soeben (April 13) erhielt ich das Centralblatt vom April mit Referat über meinen Fall (p. 226 u. 227) und Ihren editoriellen Bemerkungen. Wie das Referat abgefasst ist, sind diese letzteren vollständig berechtigt und am Platze. Um Ihnen aber zu zeigen, dass ich Citate von weissen Geschwülsten — darunter Ihre eigenen Bemerkungen — angeführt, ferner, dass die Bemerkung über „keine Hyperämie etc." anders gefasst, ja aus Fränkel's Abhandlung über Kehlkopfkrebs entnommen ist, sende ich Ihnen mit dieser Post eine zweite Copie meines Artikels etc."

Der Herausgeber constatirt nach Einsicht der betreffenden Stelle in der Arbeit des Herrn Collegen gern die Berechtigung dieser Berichtigung und bedauert, dass die Fassung des Referats ihn zu seinen, unter diesen Umständen gegenstandslosen, editoriellen Bemerkungen verleitet hat.

Druckfehlerberichtigung.

In der Mai-Nummer Seite 272 Zeile 12 und 13 von oben muss es heissen statt „Ungeeignet" — Geeignet.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, Juli. 1897. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) **Achard** (Paris). **Parotitis saturnina. (Parotidite saturnine.)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. December 1896.*

Doppelseitige Parotisanschwellung seit einem Jahre mit plötzlicher acuter Exacerbation. Der Patient ist erwiesenermaassen bleikrank; er hatte alle Zeichen chronischer Bleivergiftung: Albuminurie, Koliken, Extensionslähmung. Ausgangspunkt der Parotitis war wahrscheinlich eine Stomatitis, die auf eine Speicheldrüse übergreifend, entweder eine Hypersecretion oder eine Verstopfnng der Ausführungsgänge herbeigeführt hatte.

PAUL RAUGÉ.

2) **Johann Merkel** (Nürnberg). **Ankylose des rechten Unterkiefergelenks in Folge von gummöser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1896.*

Gummata der Parotis sind sehr selten; der von M. beobachtete Fall betraf ein 24jähriges Mädchen, dessen rechte Gesichtshälfte monströs angeschwollen war und die nur durch eine Zahnlücke kleine Brodkügelchen und Fleischtheile geniessen konnte. Die Diagnose war schwierig und schwankte zwischen Carcinom und Sarcom. Zuerst wurde durch eine Operation die Kieferklemme behoben und durch reichliche Darreichung von Jodkali schliesslich Heilung erzielt.

SCHECH.

3) **Nové-Josserand. Parotisfistel geheilt durch Cocainpinselungen. (Fistule parotidienne guérie par les badigeonnages de cocaine.)** *Lyon. méd. 22. November 1896.*

Speichelfistel im Anschluss an eine Stichwunde im Bereich des aufsteigenden Kieferastes. Es handelte sich, wie mittelst Katheter festgestellt wurde, um eine Fistel der Drüse selbst, nicht um eine Verletzung des Stenon'schen Ganges. Verschiedene Behandlungsversuche blieben ohne Erfolg. Schliesslich wurden 2 mal in der Woche Pinselungen der Parotisgegend mit einer 5 proc. Cocainlösung vorgenommen, wobei die Lösung aber in die Fistel selbst nicht eindrang. Der Speichelfluss wurde geringer und allmälig heilte die Fistel.

A. CARTAZ.

4) **F. Proudfoot. Behandlung der Chloroform-Asphyxie mittelst Tracheotomie. (Treatment of chloroform asphyxia by tracheotomy.)** *Lancet. 17. December 1896.*

Die Tracheotomie soll nicht in jedem Falle gemacht werden, sondern nur dann, wenn wirklich ein Athemhinderniss vorliegt, und zwar so, dass es mit den Fingern nicht erreichbar ist. ADOLPH BRONNER.

5) **K. Störk. Die Cocainanaesthesie.** *Wiener medicin. Wochenschrift. No. 44. 1896.*

Verf. bespricht die Cocainanästhesie des Larynx, beginnend mit der Aenderung in der Technik der endolaryngealen Operationen, wie sie seit Einführung der Cocainanästhesie eintreten musste. Indem der früher zu endolaryngealen Operationen nöthige natürliche Widerstand der Kehlkopfmuskeln nunmehr durch die Anästhesirung wegfällt, musste man nothwendigerweise die Methode des Abreissens der Tumoren verlassen und zu schneidenden scharfen Instrumenten greifen. Störk bedient sich behufs Anästhesirung des Larynx ausschliesslich Pinselungen mit 20proc. Cocainlösung; zu den vielfach geübten Injectionen dieser Lösung sah er sich nie veranlasst, auch unterliess er solche mit Rücksicht darauf, dass namentlich nach den Mittheilungen Wölfler's und Mitchell's Cocaininjectionen in der Nähe des Gehirnes häufig Intoxication hervorrufen. Bei seiner Anwendungsweise hatte Störk unter den zahlreichen Fällen nur 4 Fälle von Intoxicationen, trotzdem er oft sich grösserer Mengen Cocains bedienen musste, um vollständige Anästhesie herbeizuführen. Zum Zweck der Anästhesirung der Nasenschleimhaut gebraucht Störk höchstens eine 5proc. Cocainlösung. An der Hand der 4 Fälle bespricht er genau die Symptome sowie die Antidota bei der Cocainintoxication.

CHIARI.

6) **W. Scheppegrell. Der Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Use of peroxide of hydrogen in diseases of the throat, nose and ear.)** *N. Y. Med. Record. 8. August 1896.*

Verf. empfiehlt das Mittel sehr warm. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **Gellé. Die Wasserstoffsuperoxydlösung in der Oto-Rhinologie. (L'eau oxygénée en oto-rhinologie.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 46 u. 47. November 1896.*

Das Wasserstoffsuperoxyd wirkt antiseptisch und blutstillend und ist dabei nicht giftig. Man gebraucht Lösungen, die leicht sauer sind, von 12 und 20 Volumprocent. Dieselben können leicht erwärmt werden, ohne sich zu zersetzen. Die in der Lösung getränkten Wattetampons werden 5 Minuten lang auf die blutende Schleimhautfläche in Nase oder Ohr aufgedrückt. Die Blutstillung erfolgt durch Vaso-Constriction. Die Application ist wenig schmerzhaft. E. J. MOURE.

8) **George Stoker. Die Behandlung von Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Oxygengas. (The tratment of diseases of the nose and ear with oxygen gas.)** *N. Y. Med. Journal. 29. August 1896.*

Die Fälle, die Verfasser zur Behandlung mit Oxygengas aussuchte, sind:

a) Ozaena und zwar 1. syphilitische und 2. chlorotische und b) chronische Mittelohreiterung.

Das Gefäss mit Oxygen enthält 1 Cubikfuss von dem Gas oder Gas zu gleichen Theilen mit reiner Luft, und diese Menge soll für eine Behandlung von sechs Stunden ausreichen. In der Mehrzahl der Fälle benutzte St. die Mischung von Luft und Gas. Sobald der Behälter gefüllt ist, beginnt die Behandlung. Das Nasenansatzstück wird in ein Nasenloch eingeführt, das andere mit einem Wattetampon verschlossen. Der Patient wird angehalten, durch den Mund zu athmen und die Ventile werden geöffnet. Man lässt das Gas 3—6 Stunden täglich in die Nase strömen. Verf. giebt am Schlusse vier Krankengeschichten, die den guten Erfolg dieser Behandlung illustriren.

LEFFERTS.

9) . . . . . **Therapeutische Mittheilungen über Xeroform.** *Prager medic. Wochenschrift. No. 33. 1896.*

Das Xeroform ist ungiftig, geruch- und geschmacklos, vereinigt die Wirkungen des Phenol und des Wismuth, ist schmerzlindernd, leicht zu sterilisiren, hat doppelt so grosses Volumen wie das im Preise gleichstehende Jodoform, ist daher billiger und eines der besten Ersatzmittel des Jodoforms.

CHIARI.

10) . . . . . **Therapeutische Mittheilungen über Nosophen.** *Prager medic. Wochenschrift. No. 33. 1896.*

Nosophen ist weniger giftig als Jodoform, nur sein Natriumsalz ruft centrale Lähmungen hervor. Es übertrifft die Wirkung der Carbolsäure gegen Diphtheriebacillen, dagegen soll es gegen Eiterkokken nur halb so wirksam sein wie Carbolsäure.

CHIARI.

11) **Edward Pynchon. Dobell'sche Lösungen. (Solutions Dobell.)** *Annals of Ophthalmol. and Otology. October 1896.*

Beim Durchsuchen der Literatur fand Verf. 21 verschiedene Recepte für die Dobell'sche Lösung bei 31 Autoren. Die Originallösung erscheint ihm zu stark.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

12) **Lennox Browne. Laryngologisches und otologisches Besteck. (Laryngological and otological instrumental case.)** *Brit. Med. Journal. 26. December 1896.*

Das von Mayer und Meltzer (Great Portland Street) gefertigte Besteck enthält alle Instrumente, die zur Untersuchung und Behandlung in Hals- und Ohrenfällen nöthig sind.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **F. B. Eaton. Hygiene von Nase und Ohr. (Nasal and aural hygiene.)** *The Laryngoscope. December 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

14) **St. Clair Thompson u. R. T. Hewlett. Mikroorganismen in der gesunden Nase. (Micro-organisms in the healthy nose.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

Es ist scharf zu unterscheiden zwischen dem Vestibulum nasi und dem eigentlichen Naseninnern. Das erstere, das noch mit Haut ausgekleidet ist, Schweiss- und Talgdrüsen und Haare trägt, gehört noch gar nicht zur eigentlichen Nase, sondern führt nur zu ihr. Im Vestibulum sind zahlreiche Mikroorganismen stets vorhanden; in der Nase aber nicht; dort sind sie so spärlich, dass die Verff. in mehr als 80 pCt. der untersuchten Fälle überhaupt keine fanden. Und dabei ist nur der vordere Theil des Naseninnern, nicht mehr als der 4. Theil der ganzen Nase der Besichtigung und Untersuchung zugänglich. Von den tieferen Partieen darf erst recht angenommen werden, dass sie im Grossen und Ganzen bakterienfrei sind. Das Vorkommen pathogener Keime im Naseninnern darf jedenfalls als ein ganz ausnahmsweises angesehen werden.

LEFFERTS.

15) **Piaget. Ueber die verschiedenen Vertheidigungsmittel der Nasenhöhle gegen Bakterien-Invasion. (Sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Im Anschluss an die Arbeiten von St. Clair Thompson, Wurtz und Lermoyez zeigt P., dass die Nase nur im Vestibulum und in ihrem vorderen Theile Bakterien enthält. Die Aussaat von Nasenschleim, der den tiefen Partien der Nase entnommen ist, bleibt steril. Die Nasenhöhle ist danach normaler Weise aseptisch. Es ist die Asepsis theils auf die Anordnung des Nasenweges und seine Auskleidung mit Flimmerepithel zurückzuführen, besonders aber auf die bactericide Fähigkeit des nasalen Schleims. Diese ist dem Milzbrandbacill gegenüber eine absolute, dem Loeffler'schen Bacill gegenüber noch sehr stark, geringer für Staphylokokken, Streptokokken und Colibacillen.

Die Asepsis der Nasenhöhle erklärt bis zu einem gewissen Grade die Unschädlichkeit intranasaler Eingriffe.

A. CARTAZ.

16) **Fortunati. Eine seltene Form von Neurokeratitis nasalen Ursprungs. (Una forma rara di neurocheratite d'origine nasale.** *Arch. d'Otol. 1896. No. 2.*

In den beiden von F. beobachteten Fällen ging stets den Erscheinungen der Keratitis Nasenverschluss voraus; zudem stand die Schwere der Augenbeschwerden stets im Verhältniss zur Intensität der Nasenverstopfung. War letztere eine vollständige und dauerhafte, so entstand Ulceration und Perforation der Cornea mit Irisvorfall. Auch die günstigen Resultate der Nasenbehandlung auf das Auge sprechen für den Zusammenhang beider Affectionen.

Was den näheren Mechanismus dieses Zusammenhanges zwischen Nasen- und Augenleiden betrifft, so ist F. der Meinung, dass es sich um das Fortschreiten einer Neuritis von den peripheren Endigungen des zweiten Trigeminusastes zu den Zellen des G. Gasseri, und von hier aus zu dem G. ciliare und den Ciliarnerven handelt. Dieser Weg darf als aus drei Neuronen zusammengesetzt betrachtet werden, im Einklang mit der modernen Neuropathologie.

TOTI.

17) **B. A. Randall. Die Beziehung der phlyctaenulären Augenentzündung zu Nasenkrankheiten und ihre therapeutischen Consequenzen. (The relation of phlyctenular ophthalmia to nasal disease with its therapeutic consequences.)** *Codex Medicus. November 1896.*

Behandlung gleichzeitig bestehender Rhinitis vermag bei derartigen Augenentzündungen wirklichen Nutzen zu bringen. FROTHINGHAN (LEFFERTS).

18) **Frank S. Milbury. Die Beziehung der Krankheiten der oberen Luftwege zu Ohrenleiden. (The relation of affections of the upper air passages to diseases of the ears.)** *N. Y. Med. Record. 24. October 1896.*

Verf. weist auf den häufigen Zusammenhang zwischen abnormen Zuständen der vorderen Nase und postnasalen Affectionen hin, die ihrerseits als gewöhnliche Ursache der Mittelohrerkrankung eruirt werden. Nach seiner Ansicht ist in jedem Falle von adenoiden Vegetationen eine Betheiligung der Eustachischen Tuben zu constatiren. Die Vegetationen müssen entfernt werden; dadurch werden zahlreiche Erkrankungen der Ohren ebenso wie des Rhinopharynx verhütet werden.

LEFFERTS.

19) **J. H. Farber. Die topographische Anatomie der Nasennebenhöhlen; mit neuen Vorschlägen für die Operation. (Accessory sinuses of the nose. — Regional anatomy. — New suggestions for operation.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

Verf. legt dar, dass die vorderen Siebbeinzellen nicht mit Erfolg punktirt werden können, wenn nicht der vordere Theil der mittleren Muschel in $^1/_2$ Zoll Ausdehnung entfernt ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

20) **E. J. Moure. Der Einfluss von Krankheiten der Nase und Nasennebenhöhlen auf die allgemeine Gesundheit. (Influence of diseases of the nose and accessory cavities on the general health.)** *New Orleans M. a. S. Journal. Juli 1896.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit besonders darauf, dass diese Kranken so leicht an Tuberculose erkranken. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **W. Scheppegrell. Der Einfluss der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen auf den Allgemeinzustand. (The influence of diseases of the accessory cavities of the nose on the general health.)** *The Med. Progress. August 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

22) **Ch. Goris. Beziehungen zwischen den chronischen Sinusentzündungen und dem Allgemeinbefinden. (Relations entre les sinusites chroniques et la santé générale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 41. 1896.*

Cfr. Sitzungsbericht der Belg.-Otol. u. laryngologischen Gesellschaft vom 7. Juni 1896. BAYER.

23) **J. W. Gleitsman. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen; mit Demonstration von Präparaten, Abbildungen und Instrumenten. (Diseases of the accessory**

sinuses of the nose with demonstrations of specimens, drawings and istruments.) *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1896.*

Vortrag, gehalten in der German Medical Society of New York; enthält nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **G. M. Peavler. Erkrankung der Nasennebenhöhlen. (Disease of the accessory cavities of the nose.)** *International Journal of Surgery. August 1896 und Med. News. 10. October 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **E. L. Shurly. Chirurgie der Seitenhöhlen der Nase. (Surgery of the side cavities of the nose.)** *Codex Medicus. Juli 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **Claoué. Diagnose und Behandlung der Eiterungen der Siebbeinhöhle. (Diagnostic et traitement des suppurations du sinus ethmoidal.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 8. August 1896.*

Die Diagnose wird per exclusionem gestellt, indem Eiterungen aller anderen Höhlen nach einander ausgeschlossen werden. Die Punction sichert dann die Diagnose. Diese Empyeme kommen in drei Formen vor: als acute, latente und encystirte. Man findet zu ihnen Zugang durch den Nasenweg und bei besonderen Indicationen von der Orbita aus.

E. J. MOURE.

27) **Skrodzki** (Angerburg). **Zur Aetiologie der Nebenhöhlenempyeme.** Dissertat. Berlin 1896.

Von 150 Fällen aus der B. Fränkel'schen Poliklinik betrafen 136 das Antrum, 4 die Stirnbein- und 10 die Keilbeinhöhle, 29 Fälle konnten mit Sicherheit auf dentalen Ursprung zurückgeführt werden, in 23 Fällen war ein solcher mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen. 15 Fälle wurden mit Bestimmtheit, neun nicht einwandsfrei, auf infectiöse oder fieberhafte Krankheiten oder heftigen Schnupfen bezogen. In 4 Fällen war Lues zu beschuldigen, 2mal ein Trauma, 1mal Extraction des 2. Praemolaris, 1mal wahrscheinlich Tuberculose. Zweimal könnte der Ursprung von einer Ozaena hergeleitet werden. In 58 Fällen war die Aetiologie unklar. In ca. 72 pCt. fehlten Polypen. (Bei 601 Pat. mit Polypen und 483 mit Ozaena war keine Spur von Empyem nachweisbar.)

SEIFERT.

28) **Herbert Tilley. Untersuchung der Stirnhöhlen an 120 Schädeln vom chirurgischen Standpunkt aus; mit Berichten über die Behandlungsmethoden bei Erkrankung dieser Höhlen. (An investigation of the frontal sinuses in 120 skulls from an surgical aspect with cases illustrating methods of treatment of disease in this Situation.)** *Lancet. 26. September 1896.*

Die Grösse der Stirnhöhlen wechselt in breitem Maasse bei jedem Falle. Das Septum ist stets vollständig. Eie Richtung und die Weite der Zugänge von Nase zur Stirnhöhle ist ebenfalls sehr wechselnd. Bei den latenten Erkrankungen der Stirnhöhle sind vornehmlich zwei Symptome vorhanden: 1. gelegentliche mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen. 2. Schleimig-eitriger Ausfluss aus der Nase.

— Die besto Operationsmethode ist dio von aussen her. Verf. berichtet über drei Fälle.

ADOLPH BRONNER.

29) **Gallemaerts. Ueber den Sinus frontalis. (Sur le Sinus frontal.)** *La Policlinique. No. 22. 1896.*

Interessante anatomische Studie über den Sinus frontalis besonders vom oculistischen Standpunkte aus, mit Anschluss der Mittheilung einiger einschlagender Fälle.

BAYER.

30) **Thurstan Holland. Ein Fall von Exostosis der Stirnhöhle. (Case of exostosis of frontal sinus.)** *Lancet. 17. October 1896.*

Vorstellung der Kranken in der Liverpool Medical Institution. Die jetzt 46jährige Frau hatte vor 13 Jahren einen Schlag gegen die linke Stirn erhalten. Der Tumor wurde leicht mit dem Meissel abgetragen; die Patientin genas.

ADOLPH BRONNER.

31) **Jorge L. Dehogues** u. **Emilio Martinez** (Havannah). **Retentionscyste des rechten Sinus frontalis. Operation. Heilung. (Quiste por retencion del seno frontal derecho. Operacion. Curacion.)** *Arch. de la Policlinica. No. 9. 1896.*

Die Ursache der Bildung dieser Retentionscyste im Sinus frontalis war der Verschluss des Ductus fronto-nasalis in Folge von Katarrh seiner Schleimhaut und Narbenbildung an der unteren Mündung des Canals. Die knöcherne Oeffnung des Sinus in Verbindung mit der Augenhöhle ist nach den Verff. eine wahrscheinlich angeborene Disposition, denn sie existirt normalerweise an vielen Schädeln und war die Ursache dafür, dass sich in dem mitgetheilten Falle Phänomene seitens des Augapfels zeigten, bevor sich diejenigen Schmerzsymptome bemerkbar machten, die durch den Druck der Flüssigkeit im Innern des Sinus hervorgerufen wurden. —

R. BOTEY.

32) **Gustaf Ahlström** (Gotheborg). **Ueber Empyem des Sinus frontalis. (Om Empyem i sinus frontalis.)** *Nordisk Med. Archiv. 1896. No. 12.*

Verf. theilt drei Fälle von Empyem des Sinus frontalis mit.

1. 25 Jahre alter Mann. Subacutes Empyem, periodische Schmerzen über dem linken Auge. Die letzten 6 Wochen Infiltration des oberen Augenlides. Pat. wollte sich nicht operiren lassen. Spontaner Ausbruch des Eiters am Margo supraorbitalis. Die vordere Wand des Sinus war nekrotisirt und ein Sequester wurde durch die Fistel entfernt.

2. 50jähriger Mann. Die Krankheit hat vor 6 Jahren plötzlich acut angefangen. Ein Abscess wurde damals am oberen linken Augenlide incidirt. Eine Fistel hat sich seitdem erhalten; die Fistel ging am Orbitaldach durch den Boden des Sinus frontalis. Trepanation des Sinus. Heilung.

35jähriger Mann. Acutes Empyem des Sinus frontalis seit 3 Wochen. Incision, später Trepanation. Heilung.

SCHMIEGELOW.

33) **Mermod. Meningo-Encephalitis im Anschluss an die Exploration einer sogen. Stirnhöhle. (Meningo-encephalite consécutive à l'exploration d'un soi-disant sinus frontral.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 4. April 1896.*

Der Kranke hatte gar keine Stirnhöhle, wie die Section ergab. Die Explo-

ration war vorgenommen worden wegen intermittirender Hydrorrhoe, der stets Kopfweh voraufging und eine grosse Erleichterung folgte. Die Sonde drang durch die Schädelbasis zwischen Dura und Pia mater. Eine grosse Trepanation blieb erfolglos.

E. J. MOURE.

34) **Treitel. Ueber Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1896. No. 47. Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 51.*

Tr. giebt die Krankengeschichte eines 22jährigen Mädchens, die mit Verstopfung der Nase und Eiterabsonderung aus der linken Nasenseite zu ihm kam. Er fand die linke mittlere Muschel in ihrer hinteren Hälfte von polypösen Wucherungen besetzt, die er entfernte. Darnach Besserung durch einige Monate. Später massenhafte Eiterabsonderung, Entfernung des hinteren Muschelendes; wieder Besserung. Einige Monate nachher Erkrankung der linken Stirnhöhle, Eröffnung derselben, es bleibt übelriechende Eiterung, Hinterwand der Stirnhöhle rauh. Trotz mehrmaliger breiter Eröffnung Verschlimmerung unter Hirnerscheinungen, schliesslich Tod. Die Obduction ergab: Abscessus lobi frontalis sinistri. Meningitis basilaris purulenta. Die Hinterwand der Stirnhöhle links fehlte fast ganz, ebenso die horizontale Platte des Siebbeins bis auf einen kleinen Rest am vorderen Ende. Tr. weist darauf hin, dass nach den bekannt gewordenen Fällen allermeist Caries der Hinterwand vorhanden war, die den Weg weist, auf dem die Hirnerkrankung sich zur Stirnhöhleneiterung gesellt und stimmt dem Rath Kuhnt's bei, in jedem Falle von Stirnhöhleneiterung die Vorderwand ganz zu entfernen.

LANDGRAF.

35) **Plancher. Trepanation wegen Hirnabscess nach Stirnhöhlenentzündung. (Trépanation pour un cas d'abscès cérébral consécutif à une sinusite frontale.)** *Lyon médic. 29. November 1896.*

25jähriger Mann in comatösem Zustand in das Krankenhaus aufgenommen. Man constatirt eine Geschwulst mit Oedem am Winkel des linken Auges und eitrigen Ausfluss aus der Nase. Jaboulay diagnosticirt: Hirnabscess in Folge von Stirnhöhlenentzündung. Er eröffnet den Orbitalabscees, welcher in einen Entzündungsherd der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle führte. Eine intracranielle Oeffnung wird nicht gefunden. Darauf wird eine Trepanation an der vorderen Wand der Stirnhöhle vorgenommen, die Meningen freigelegt und das Gehirn punctirt. Beim dritten Einstich, der nach dem Lobus temporosphenoidalis sich richtete, wurde ein fötider Eiter gewonnen. Der Puls besserte sich, das Coma aber blieb und führte zum Exitus. Die Section war nicht zu erlangen.

A. CARTAZ.

36) **Escat. Käsige Kieferhöhlenentzündung und secundäre Coryza caseosa. Ausräumung von der Nase aus. Heilung. (Sinusite maxillaire caséeuse et coryza caséeux secondaire; évacuation par voie nasale. Guérison.)** *Archives medicales de Toulon. No. 4. 15. Februar 1896.*

Die Nasenhöhle, in der sich Polypen fanden, communicirte durch eine breite Perforation mit dem Sinus.

E. J. MOURE.

37) **Wohnlich** (Gondelsheim). **Ueber das Empyema antri Highmori** Dissertat. Heidelberg 1895.

An die sehr gute Besprechung der Pathologie und Therapie des Oberkieferhöhlenempyems schliesst sich der Bericht über 55 auf der Klinik von Jurasz beobachtete Fälle. 26 mal hatte die Erkrankung auf der rechten, 29 mal auf der linken Seite ihren Sitz, 3 mal war sie doppelseitig. 29 Fälle wurden geheilt, Recidiv kam 2 mal vor, Besserung trat in 7 Fällen ein, nicht gebessert wurden 4, über 9 Fälle kann der Ausgang noch nicht festgestellt werden.

Die Behandlung geschah durch Punction der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus mit nachfolgenden Ausspülungen mit den von Jurasz angegebenen Instrumenten.

SEIFERT.

38) **Angiéras. Empyem der Highmorshöhle in Verbindung mit Deviation der Nasenscheidewand. (Empyème de l'antre d'Highmore consécutif à la déviation de la cloison.)** *Revue internat. de rhinologie etc. No. 3. März 1896.*

Es bestand eine eitrige Rhinitis und Verbiegung der Nasenscheidewand. Das Empyem befand sich auf der erweiterten Nasenseite.

E. J. MOORE.

39) **Linkenheld. Zur Kieferhöhleneiterung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1896.*

Bei acuten Infectionskrankheiten, namentlich Influenza, erkranken immer nur einzelne Nebenhöhlen. Bei jenen Kieferhöhleneiterungen, welche weder im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, noch in Folge cariöser Backzähne sich entwickeln, dürfte eine Infection der vorher katarrhalisch erkrankt gewesenen Höhlen von der Nase her als Ursache angesehen werden. Bei schleimig eitrigem Secret und frischen Fällen ist die Ausspülung der Höhle, bei älteren Fällen mit eitrigem oder jauchigem Secret die breite Eröffnung angezeigt.

Bei cariösen Zähnen wird mit der Knochenscheere zuerst am vorderen, dann am hinteren Ende des betreffenden Zahnfaches der ganze Alveolus bis in die Höhle hinein mit einem Scheerenschlage durchtrennt und mit einer beisszangenförmigen Knochenscheere das dazwischen liegende Stück durchgebrochen; oft muss man Granulationen ausräumen.

SCHECH.

40) **Creswell Baber. Ueber die Diagnose der latenten Highmorshöhleneiterung. (Notes on the diagnosis of latent abscess of the maxillary sinus.)** *Brit. Med. Journ. 27. Juni 1896.*

Objective Symptome sind: 1. Eiter im mittleren Gang. 2. Eiterfluss in die Nasenhöhle hinein bei gebeugtem Kopf und Drehung desselben nach der anderen Seite. 3. Durchleuchtung. 4. Spannung und Druckempfindlichkeit der Backe, Vorwölbung der Innenwand der Höhle.

Bei zweifelhaften Fällen macht man am besten die Probepunction durch den unteren Nasengang. Man aspirirt am zweckmässigsten, nachdem man etwas Luft in die Höhle eingeblasen.

ADOLPH BRONNER.

41) A. Kudreschoff. **Zur Frage des Empyems der Highmorshöhle. (K woprosy ob empieme Gaimorowoi polosti.)** *Woenno-Medizinsky jurnal. Oktober 1896.*

Im Anschluss an die Beschreibung von 2 Fällen von luetischer Oberkiefernekrose und einer Zahnwurzelcyste erörtert K. die obige Frage und kommt zu dem Schluss, dass eitrige Highmorshöhlenentzündung fast ausschliesslich durch die Erkrankung des Oberkieferfortsatzes und der Zähne zu Stande kommt. Das Vorkommen von Hydrops des Antrum Highmori erkennt Verf. nicht an.

P. HELLAT.

42) **J. Turner. Eiterung des Highmorshöhle nach Invasion derselben durch eine Zahncyste. (Antral suppuration following invasion by a dental cyst.)** *Clinical Journal. 14. October 1896.*

35jährige Frau mit entzündlicher Schwellung der rechten Backe. Die Aussenwand der Kieferhöhle wurde eröffnet; die Innenwand derselben war verschwunden.

ADOLPH BRONNER.

43) **J. D. Mc Clure. 2 Fälle von Abscess der Kieferhöhle. (Abscess in the maxillary antrum; report of two cases.)** *Pittsburg Med. Review. November 1896.*

Beides waren acute Fälle, in denen der Abscess sich spontan öffnete und der Eiter durch die Nasenhöhle seinen Abfluss fand.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **John E. Bacon. Zur Behandlung der Highmorshöhlenerkrankung. (On the treatment of antrum disease.)** *The American Therapist. Juni 1896.*

B. erreicht das Antrum durch Anbohrung seiner inneren Wand unterhalb der unteren Nasenmuschel $1^1/_4$ Zoll hinter der Hauptgrenze des Naseneingangs.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

45) **C. Karminski** (Barcelona). **Behandlung des Empyems des Sinus Highmori. (Tratamicato del empyema del sino de Highmore.)** *Arch. Latin. de Rinol., Laringol., Otolog. No. 69/70. 1896.*

Diese Mittheilung stützt sich auf die Beobachtung von 19 Fällen von Empyem des Sinus maxillaris aus der Klinik von Botey. K. zählt die wohlbekannten Symptome auf, sowie das diagnostische Hülfsmittel mit dem Heryng'schen Verfahren, bei welchem er als für die Diagnose besonders wichtig den halbmondförmigen nach oben concaven dunklen Schatten ansieht, den das untere Augenlid der betreffenden Seite darbietet. In Hinsicht auf die Behandlung hat das Verfahren der Perforation einer Alveole mit dem Trocart (speciell von Botey), das Auswaschen und die Desinfection des Sinus sowie die Anwendung von cylindrischen Obturatoren aus Metall, die später durch Gummitampons (gleichfalls speciell von Botey) ersetzt werden, gute Resultate gegeben. Wenn die Krankheit schon längere Zeit dauert, ist natürlich die Eröffnung des Sinus maxillaris durch die Fossa canina mittelst des gekrümmten Trocarts von Krause nothwendig. R. BOTEY.

46) **Dunogier. Die Prothese in der Therapie der Highmorshöhlenempyeme. (De la prothèse appliquée au traitement des empyèmes de l'antre d'Highmore.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 23. 7. Juni 1896.*

Beschreibung eines leichten und bequem anzuwendenden Apparates, der einen Zahn trägt zum Ersatz des entfernten und gleichzeitig die künstliche Oeffnung von der Alveole aus verstopft. Die Prothese gestattet ein schmerzloses Kauen.

E. J. MOURE.

47) **Allard. Behandlung der Oberkieferhöhlenentzündungen vermittelst Instillationen. (Du traitement des sinusites maxillaires par les instillations.)** *La Presse Méd. Belge. No. 32. 1896.*

A. führt einen rechtwinkligen Katheter in die künstliche Alveolaröffnung des Sinus max. ein und spritzt ca. $^1/_2$ Liter einer antiseptischen (Borsäure oder Formalin-)Lösung ein, welcher er zum Schluss noch eine Einspritzung von 5 g einer 2—5 proc. Höllensteinlösung folgen lässt. Der Autor scheint nicht sehr vertraut zu sein mit den neueren Leistungen auf diesem Gebiete.

BAYER.

48) **E. J. Brown. Conservative Behandlung des Kieferhöhlenempyems. (Conservative treatment of empyema of the maxillary sinus.)** *Northwestern Lancet. 15. December 1896.*

B. empfiehlt reichliches Douchen durch die natürliche Oeffnung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

49) **Z. Srebrny. Sycosis der Oberlippe als Folge von Nasenkrankheiten. (Figówka wargi dolnej jako skutek cierpienia nosa.)** *Medycyna. No. 41, 42. 1896.*

Bei 4 Kranken, die mit deutlichen Erscheinungen von Sycosis behaftet waren, fand Verf. nach genauer Nasenuntersuchung mittelst der Sonde bei 2 Fällen Caries der Keilbeinknochen und bei den zwei anderen Caries der Siebbeinkochen. In allen vier Fällen war Lues und Tuberculose ausgeschlossen. Es wurde bei den Kranken eine Auskratzung der nekrotischen Theile vorgenommen, wonach die Erscheinungen der Sycose gänzlich verschwanden und die Patienten völlig genasen. Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Verf., das die sogenannte Sycose als ein secundäres Leiden in Folge von Eiterungen der Nasenknochen zu betrachten ist.

SOKOLOWSKI.

50) **Plücker. Syphilitischer Schanker der Oberlippe. (Un chancre syphilitique de la lèvre supérieure.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 7. 1896.*

P. stellt in der Sitzung vom 4. Juni 1896 einen syphilitischen Schanker der Oberlippe vor.

BAYER.

51) **Anitschkow-Platonow. Zur Frage der Verunreinigung des Mundes mit Mikroorganismen. (K woprosy v sagrasnenі microorganismami polosti rta.)** Dissertat. Petersburg 1896.

Eine fleissige Arbeit; enthält die Resultate von Untersuchungen an über 100 Kranken. Bestimmt wurde vor Allem die Quantität der Bacterien, welche im Speichel angetroffen werden; fernerhin die Natur derselben. Die Menge schwankte in 1 ccm zwischen 0,3 und 18,0 Mill. Bei einem und demselben Kranken war ein grosser Unterschied in der Menge vor und nach dem Essen resp. Trinken zu bemerken. Eiterkokken wurden bei Anginen, Skorbut, chronischer Pneumonie und Adenitiden gefunden. Trotz negativer Befunde durch Mikroskop und Culturen ergaben Impfungen nicht selten positive Resultate. P. HELLAT.

52) **Nic. Dwujeglasow. Materialien zum Studium der Mikroorganismen der Mundhöhle. (Materiali k isutschenijes. mikrobow polosti rta.)** Dissertation. Petersburg 1896.

Die Arbeit wurde ebenso wie die von Platonow-Anitschkow auf Anregung des weil. Prof. Tschudnowsky ausgeführt. Als Beobachtungsmaterial dienten verschiedene Kranke (ausgenommen Typhöse), ferner Wärterinnen von Typhuskranken und barmherzige Schwestern. D. fand in der Mundhöhle von Kranken nur 2mal Typhusbacillen, bei Wärterinnen 1mal; Eiterkokken wurden mehrfach bei Kranken und Gesunden angetroffen. P. HELLAT.

53) **Lwow. Ptyalismus perniciosus gravidarum.** *Excenedelnik. No. 14/15. 1896.*

Beschreibung zweier schwerer Fälle von Speichelfluss (1000—1600 ccm pro Tag). Die Patientinnen kamen beide sehr stark herunter durch Schlaflosigkeit, Nervosität, Abmagerung. In einem Falle Heilung durch Atropin innerlich, im anderen Falle blieben alle Medicationen ohnmächtig; die spontane Ausstossung der Frucht brachte Heilung. P. HELLAT.

54) **Boucheron. Ueber das Vorkommen von Harnsäure im Speichel bei den gichtischen Affectionen des Halses und des Ohres. (De la présence de l'acide urique dans la salive dans les affections uricémiques de la gorge et de l'oreille.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 41. 10. October 1896.*

Harnsäure im Speichel ist ebenso anormal, wie Zucker im Urin. Sie ist leicht nachweisbar durch die Murexidprobe. Sie wird nur in den Zwischenzeiten zwischen den Mahlzeiten ausgeschieden. Ihr Vorkommen im Speichel weist auf einen Ueberschuss derselben im Blute hin. E. J. MOURE.

55) **Küttner. Ueber entzündliche Tumoren der Submaxillar-Speicheldrüse.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik. — *Beitr. zur klin. Chir. XV. 1896.*

Zwei Fälle von Speicheldrüsengeschwülsten, die malignen Tumoren bei der äusseren Untersuchung sehr ähnlich waren; die mikroskopische Untersuchung ergab aber, dass es sich um eine durch chronisch interstitielle Entzündung bedingte, tumorartige Vergrösserung der Submaxillaris handelte, und zwar ohne dass in ihr und ihrem Ausführungsgange ein Concrement gefunden wurde. Dagegen

fand sich in dem einen Falle in der gleichfalls entzündeten Sublingualdrüse ein kleiner Stein, diesen hält K. übrigens nicht für die Entstehungsursache der Entzündung, vielmehr meint er, diese als das Primäre ansehen zu müssen.

A. ROSENBERG.

56) **H. Küttner. Die Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse.** Aus der Tübinger chir. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XVI. 1896.*

K. beschreibt 6 Fälle bindegewebiger resp. endothelialer Neubildungen der Submaxillaris und giebt dann auf Grund ungemein fleissiger Literaturstudien sowie eigener Untersuchung eine genaue klinische und pathologisch-anatomische Darstellung der endothelialen (einfache und gemischte) Geschwülste, der Sarkome, Adenome und Carcinome. Es ist unmöglich iu einem kurzen Referat über alle in dieser Arbeit berührten interessanten Fragen zu berichten; wer sich für diese Geschwülste interessirt, dem sei das Original zum Studium bestens empfohlen.

A. ROSENBERG.

57) **Nové-Josserand** (Lyon). **Steine der Submaxillardrüse (Calculs de la glande sous-maxillaire.)** *Société des scienc. médic. de Lyon. 14. October 1896.*

Die Drüse enthielt im vorliegenden Falle eine grosse Menge Steine (ca. 20), die durch den Mund nicht entfernt werden konnten. Die Operation fand von aussen her statt. Es scheint, als ob die Steine sich weder in der Drüse selbst, noch im Wharton'schen Gange entwickelt hatten, vielmehr in den kleinen Drüsen, die den Ausführungsgang umgeben und auf seinem sublingualen Verlauf begleiten.

PAUL RAUGÉ.

58) **Redact. Bemerkung. Das Wiederaufleben des „fallenden Gaumens". (The survival of „fallen palate".)** *The Laryngoskope. September 1896.*

Nichts Wesentliches.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

59) **Ginestous u. Magnan. Verbildung des Gaumengewölbes. (Déformation de la voute palatine.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 16. 19. April 1896.*

Bei einem 7jährigen Kinde mit adenoiden Vegetationen hatte der Gaumen, ohne spitzbogenförmig zu sein, die Gestalt eines Domgewölbes mit sehr tiefer Ausbuchtung. Die obere Zahnreihe war normal gestellt.

E. J. MOURE.

60) **Fränkel** (Basel). **Der abnorme Hochstand des Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachentonsille.** Dissertation. Basel. 1896.

Die zahlreichen Messungen wurden mit Hülfe eines von Siebenmann anangegebenen Palatometers vorgenommen und bei den Untersuchungen das Septum, die Beschaffenheit der Rachentonsille, die Form, Höhe und Breite des Gaumengewölbes, die Form des oberen Alveolarbogens und die Zahnstellung in Betracht gezogen. Die Höhe des Gaumengewölbes wurde von einer Horizontalen aus gemessen, welche man sich durch die Kaufläche der oberen Zahnreihe gelegt denken muss, die Breite in der Frontalebene der ersten Prämolaren bestimmt. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass man bei Septumdeviationen recht häufig, aber nicht constant, einen Höhenindex für den Gaumen findet, der über dem Nor-

malmaass steht, dass aber der grösste Höhenindex nicht immer der stärksten Verbiegung entspricht. In Betreff der Entstehungsweise der Deviationen schliesst Fr. sich denjenigen Forschern an, welche dieselben für eine secundäre Erscheinung der Gaumenanomalien halten. Ferner lassen sich die erwähnten Anomalien schwerlich mit adenoiden Wucherungen in Zusammenhang bringen, scheinen vielmehr auf erbliche Einflüsse zurückzuführen zu sein.

SEIFERT.

61) **Egger. Zwei Fälle von Insufficienz des Gaumensegels. (Deux cas d'insuffisance vélo-palatine.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 4. 1896.*

E. fügt die 2 Fälle den 13 hinzu, die Lermoyez im März 1892 in derselben Zeitschrift publicirt hat; es handelt sich um angeborene Verkürzung des knöchernen Gaumens und mangelnden Abschluss des Isthmus naso-pharyngeus.

E. J. MOURE.

62) **A. C. Godfrey. Gaumenspalte. (Cleft palate.)** *Colorado Med. Journ. April 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

63) **J. Fein. Ein Fall von vererbter Gamenspalte.** *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 43.*

Zunächst theilt Verf. die verschiedenen Ansichten aus der einschlägigen, reichlichen Literatur über die Ursachen dieser Bildungshemmungen mit und beschreibt hierauf einen jener seltenen Fälle von väterlicherseits vererbter hinterer Gaumenspalte, und zwar durch drei Generationen. Während es sich bei der ersten Generation nur um einen angedeuteten Gaumendefect handelte, trat derselbe in der zweiten schon in vergrössertem Maasse auf und war in der dritten Generation ein ganz bedeutender Bildungsfehler geworden.

CHIARI.

64) **Boulai. Nasopalatine Ectopie des ersten oberen rechten Molarzahnes. (Ectopie naso-palatine de la première molaire supérieure droite.)** *Archiv intern. de laryngol. No. 2. März/April 1896.*

Der ectopirte Zahn steckte nahe der Mittellinie an der Vereinigungsstelle des harten und weichen Gaumens.

E. J. MOURE.

65) **Garel. Hereditäre Syphilis, adenoide Vegetationen vortäuschend. (Syphilis héréditaire simulant des végétations adenoides.** *Rev. hebd. de laryngol. No. 25. 20. Juni 1896.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen adenoide Vegetationen zwar thatsächlich existirten, die nasale Verstopfung aber von einer gummösen Infiltration des Gaumensegels abhing. Ohne dass die hintere Rhinoskopie vorgenommen war, wurde der erste Kranke operirt wegen seiner Adenoiden und auch beim zweiten unterblieb der Eingriff nur, weil gleichzeitig ein Morbus cordis bestand. Ein paar Tage nach dem Eingriff erfolgte die Perforation des Gaumens, welche die Diagnose sofort aufhellte.

E. J. MOURE.

66) **Ghazarossian. Klinische Studie über die syphilitische Perforation des Gaumendachs und ihre Behandlung. (Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voute palatine et son traitement.)** *Thèse de Paris. 1896.*

G. bespricht die Pathogenese, die Symptomatologie und den Verlauf der syphilitischen Perforationen des Gaumens. Bezüglich der Behandlung stellt er fest, dass dieselbe im Anfang rein medicamentös sein muss. Sind durch specifische Behandlung die Veränderungen erst einmal zum Stillstand gebracht, so ist es rathsamer zur Uranoplastik zu greifen, als zu prothetischen Apparaten.

A. CARTAZ.

67) **J. H. Sequeira** (London). **Perforation des harten Gaumens bei einem 8jährigen Mädchen. (Perforation of the hard palate in a girl aged 8 years).** *British Medical Journal. 19. Dec. 1896.*

Demonstration des wahrscheinlich syphilitischen Falles vor der Hunterian Society am 9. December 1896.

Nichts Besonderes.

(Bei derselben Gelegenheit zeigte Dr. Harris einen mit Thyreoidextract behandelten Fall von Myxödem und D. F. J. Smith erwähnte eines anderen, in welchem die Symptome des Myxödems und der Basedow'schen Krankheit mit einander combinirt waren.)

SEMON.

68) **Lichtenauer** (Berlin). **Ueber die gutartigen Geschwülste der Uvula und des weichen Gaumens.** Dissert. Greifswald. 1896.

Papillom von etwa Haselnussgrösse mit 3 cm langem Stiel an der Uvula inserirend bei einem 25jährigen Mädchen entfernt.

SEIFERT.

69) **Lewis S. Somers. Ein Fall von Uvula bifida mit Degenerationserscheinungen. (A case of bifid uvula with degeneracy.)** *N. Y. Med. Journal. 21. November 1896.*

Abnormitäten des weichen Gaumens, speciell des Theiles desselben, der als Uvula bezeichnet wird, wurden bei der Untersuchung einer grossen Zahl von Nasen- und Halsfällen mehr oder weniger häufig gefunden. Berens sah bei der Untersuchung von 3000 Hälsen 84 Fälle von abnormer Uvula, darunter 14 tiefe Spalten. Bei recht vielen der sogenannten Deformitäten der Uvula ist es ausserordentlich schwer, sicher zu entscheiden, ob die Abnormität auf eine frühere Krankheit zurückzuführen oder wirklich angeborene Deformität ist; so z. B. bei der Drehung der Uvula nach der einen Seite. Bei anderen Abnormitäten, so bei der Spaltung oder Uvula bifida ist die Entscheidung leichter, da keine Krankheit die Uvula in der Mittellinie bis zum harten Gaumen zu spalten vermag.

In S.'s Falle ist die Abnormität der Uvula ebenso offensichtlich wie die geistige Degeneration. Aus dem einen Falle lassen sich keine Schlüsse ziehen. Nachdem aber Dana das Verhalten der Uvula bei den verschiedenen Formen von Degeneration untersucht hat, erscheint der Fall dem Verf. der Mittheilung werth.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

70) **Witthauer. Ein Besteck für Seruméinspritzungen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 4. 1896.*

Eine in einem Nickelkasten befindliche 10 cm fassende Spritze mit Asbeststempel, mit 5 durch Gummistöpsel sicher verschliessbaren Glasflaschen für Lysol, Carbolsäure, absolutem Alkohol und Jodoform- oder Ichthyolcollodium.

Preis 24,75 Mark.

SCHECH.

71) **Rosenbach. Serumthérapie und Statistik.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 40, 41. 1896.*

R. betont die grossen Gefahren der Statistik, resp. die Ueberschätzung der Leichtigkeit statistischer Berichte und warnt davor, jedes Absteigen der Curve der Erkrankungen und Todesfälle ohne Weiteres der ärztlichen oder hygienischen Kunst zuzuschreiben. Die Serumtherapie befindet sich daher in besonders günstiger Lage. Aber man darf nur grosse Zeiträume vergleichen und muss auf den Charakter der früheren und jetzigen Epidemien Rücksicht nehmen; auch vor dem Serum ist die Mortalität schon um ca. 45 pCt. herabgegangen. Auf dem Gebiete der Krankheiten findet eine beständige Wellenbewegung statt, wir müssen uns aber hüten, unserer Therapie die Ursache der Abnahme so vieler epidemischer Krankheiten zuzuschreiben. R. kommt zu dem Schluss, dass die Leistung des Heilserums nicht nur hinter den anfänglichen Versprechungen, sondern auch hinter bereits früher erreichten günstigen Resultaten weit zurückbleibt.

SCHECH.

72) **Baader** (Esslingen). **Bericht über 17 Fälle von Diphtherie, die im neuen Krankenhause in Esslingen zur Tracheotomie kamen.** *Medic. Corresp.-Blatt d. württemb. Landesvereins. No. 47. 1896.*

Von den 17 in das Krankenhaus behufs Tracheotomie aufgenommenen Kindern waren 9 vorher gar nicht mit Serum behandelt, die übrigen wahrscheinlich mit zu schwachen Lösungen. Alle Fälle wurden im Krankenhause von Neuem eingespritzt mit höheren J.-E. Nur 1 Fall starb an descendirendem Croup, alle anderen wurden geheilt. Die Canüle konnte im Durchschnitt nach 6, 7 Tagen entfernt werden. Als Complicationen waren zu verzeichnen: 1 mal Bronchitis und Gaumensegellähmung, 1 mal Pneumonie.

Im Anschluss an die vorstehende Mittheilung macht der Oberarzt des Esslinger Krankenhauses seine eigene Stellung gegenüber der Serumtherapie bekannt. Er empfiehlt dieselbe auf's Wärmste, hält aber von der prophylaktischen Einspritzung nicht viel.

SEIFERT.

73) **Hammer. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Diphtherie mit dem Behring'schen Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 51.*

Kundgabe der in der Kinderklinik in Heidelberg (Vierordt) im letzten Jahre gemachten sehr günstigen Erfahrungen. Mortalität 16 unter 90 Fällen = 17,6 pCt.

LANDGRAF.

74) **A. Posselt** (Innsbruck). **Zur Diphtherieserumbehandlung.** *Wiener medic. Wochenschr. No. 45—51 incl. 1896.*

Nach ausführlicher Beschreibung der Krankengeschichten und tabellarischer Uebersicht der einzelnen Fälle constatirt Verf. als Resultat der Heilserumbehandlung ein Sinken der Mortalität und führt aus seinen Beobachtungen unter Anderem folgende Thatsachen an:

1. Dass das Heilserum in manchen Fällen einen raschen günstigen Einfluss nicht nur auf den localen Process, sondern auch auf das Allgemeinbefinden ausgeübt hat,

2. besonders rücksichtlich der schweren Bewusstseinsstörungen.

3. In Bezug auf das Fieber und den Temperaturabfall verhielten sich die Fälle verschieden, im Allgemeinen aber wurden sie günstig beeinflusst.

4. Einige Male blieben die Injectionen ohne jeden Erfolg, in 3 Fällen konnte nachfolgende Herzschwäche nicht verhütet werden.

5. Die Einstichstellen blieben immer reactionslos und gingen die den Einspritzungen in einigen Fällen folgenden Erytheme und urticariaartigen Exantheme nicht von den Einstichstellen aus. Auch konnte Verf. constatiren, dass in dieser Hinsicht hauptsächlich die Streckseiten der Gelenke befallen wurden.

6. Bei zwei, aus demselben Hause stammenden, doch zu verschiedenen Zeiten erkrankten und mit verschiedenem Serum behandelten Patienten traten schwere Erytheme auf und möchte Verfasser hierbei auf das Alter des Serums aufmerksam machen.

7. In 2 Fällen traten Gelenksaffectionen auf, in einem dieser beiden symmetrisch, was den toxischen Charakter documentirte.

8. In 4 Fällen beobachtete er beträchtliche Albuminurie nach den Injectionen.

CHIARI.

75) **W. Kowenicki. Ein Fall von Laryngitis crouposa behandelt mit Tracheotomie und Behring'schem Serum. (Przypadek dławca, wyleczony tracheotomia i surowica przeciwbłoniczna Behring'a.)** *Przeglad lekarski. No. 44. 1896.*

Bei einem 2jährigen an Laryngitis crouposa leidenden Kinde wurde die Behring'sche Lymphe injicirt und am selben Tage noch die Tracheotomie ausgeführt. Am Tage nachher stellten sich deutliche Erscheinungen von Bronchitis crouposa ein. Es wurde wieder eine Injection gemacht und das Kind genas bald darauf.

SOKOLOWSKI.

76) **W. Putawski. Ueber Diphtherieheilserum. (15 przypadków błonicy, leczonych surowica.)** *Gazeta lekarska. No. 52. 1896.*

Bericht über 15 Fälle, von denen 1 starb.

SOKOLOWSKI.

77) **K. Lidmanowski. 18 Fälle von Diphtherie behandelt mittelst Serumtherapie. (18 przypadków błonicy, leczonych surowica przeciwbłoniczna.)** *Gazeta lekarska. No. 52. 1896.*

Von diesen 18 Fällen starb einer.

SOKOLOWSKI.

78) **W. Vierhuff. Ueber die im Stadtkrankenhause zu Riga gemachten Erfahrungen mit dem Behring'schen Diphtherie-Heilserum.** *St. Petersburg. medic. Wochenschr. No. 41. 1896.*

Es wurden vom December 1894 bis zum 1. Juli 1896 behandelt: 116 Fälle. Die grösste Anzahl Kranker befand sich im 2. und 3. Lebensjahre (55 Fälle), der älteste war 62 Jahre alt. Unter ihnen waren:

Dipththeria faucium	15 Fälle,
Diphtheria faucium et laryngis	81 „
Diphtheria laryngis	20 „

Tracheotomirt wurden 57 oder 49 pCt.

Als Complicationen sind verzeichnet;

Pneumonie . . .	22 mal,
Bronchits	7 „
Pertussis	2 „
Skorbutius . . .	3 „

Nephritis, Struma, Tuberc. pulm., Emphysem pulm., Emphysema pleurae et Mediastinitis purul. je 1 mal Es starben 31 Patienten = 20,8 pCt., von diesen 17 des 1. und 2. Lebensjahrs. Recidive wurden 3 mal beobachtet und endeten alle tödtlich. Als Nebenwirkung des Serums wurden Exantheme beobachtet.

HELLAT.

79) **E. Sklowsky. Behandlung der Diphtheritis mit Serum in der klinischen Abtheilung des Alexander-Stadtkrankenhauses in Kiew.** Kongress russischer Aerzte in Kiew. — *Wratsch. No. 41. 1896.*

Behandelt wurden überhaupt 77 Fälle. Die Diagnose wurde mikroskopisch gestellt. In 68 Fällen wurde Serum angewandt. Die Sterblichkeit war um die Hälfte geringer als im Jahre vorher (20,3 pCt. statt 41,5 pCt.). Schwere Fälle ergaben eine Sterblichkeit von 43,3 pCt. im Verhältniss zu 76,5 pCt. HELLAT.

80) **W. Dreier. Serumbehandlung der Diphtherie im Moskauer Wladimir-Kinderhospital im Jahre 1895.** *Wratsch. No. 4. 1896.*

546 Fälle, alle mikroskopisch untersucht. Es wurden sofort 1000 Einheiten injicirt, in schweren Fällen 2000—3000. Die Sterblichkeit betrug 16,3 pCt., während im fünfjährigen Zeitraum vorher (1890-1894) die niedrigste Sterblichkeit 40,3 pCt. war. Dabei konnte die Epidemie nicht für gelinde, eher für schwerer gehalten werden, da die Tracheotomie in 52,3 pCt. nothwendig war, während früher nur in 43,5 pCt. tracheotomirt wurde.

HELLAT.

81) **W. Kpasnow** (Zaricin). **Zur Behandlung der Diphtherie mit antidiphtheritischem Blutserum. (Eschtsche o letschenij difterij protiwo difterinoju prewjanoju siworotkoju.)** *Woenno-medizinsky jurnal. November 1896.*

Behandelt wurden 114 Fälle; geheilt 93. Todesfälle 15; unbekannter Ausgang in 6 Fällen. Sterblichkeit 13,9 pCt.

50 Fälle waren schwerere, von ihnen starben 15 (30 pCt.). Tracheotomirt 2 mal, Roseola 3 mal. Unter 8 Jahren 84 Fälle, die übrigen 30 Fälle standen im Alter von 9—30 Jahren. Verfasser empfiehlt anstatt der Stempelspritzen die mit

einem Gummiballe von Dr. Lawrentjew. Als Vorzüge derselben werden angeführt: 1. Bewegliche Vereinigung der Nadel mit der Spritze, 2. Fehlen des Stempels, 3. Leichtigkeit der Desinfection, 4. Billigkeit vereint mit Dauerhaftigkeit.

P. HELLAT.

82) **Celestino Lazaro Adradas** (Madrid). **Das Roux'sche Serum und die complicirten Diphtherien. Heilt das Roux'sche Serum die sehr ernsten Diphtherien des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und der Lungen? (El suero de Roux y las difterias complicadas. Cura el suero de Roux las difterias muy graves de la boca, faringe, laringe y pulmones?** *Anal. de Obstetr. etc. No. 182. 1896.*

Im Anschluss an einen Fall, den er ausführlich mittheilt, und an andere Fälle seiner Beobachtung behauptet Verf., dass das Roux'sche Serum absolut unfähig sei, jene sehr ernsten Formen von Diphtherie zu bekämpfen, welche von offenbaren Symptomen seitens des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und der Lungen begleitet sind, sowie mit allgemeinen acuten Eruptionen und hohem, septischem Fieber einhergehen. Zuweilen sei das Serum sogar gefährlich.

R. BOTEY.

83) **René Petit. Das Diphtherieheilserum: seine physiologischen und klinischen Wirkungen. (Le serum antidiphtherique, effets physiologiques et cliniques.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Von Allgemeinerscheinungen, die nach Injection des Roux'schen Serums zu beobachten sind, verzeichnet Verf. die Pulsbeschleunigung, gewisse chemische Veränderungen des Urins und bisweilen Temperaturanstieg; als Lokalerscheinung die schnelle Abstossung der Pseudomembranen.

Das Serum macht die Albuminurie weniger häufig und weniger langdauernd. Rechtzeitig eingespritzt bekämpft es die Intoxicationssymptome und gestaltet den Krankheitsverlauf gelinder. Verf. fasst die bisherigen Statistiken über die Serumtherapie zusammen. Er selbst hat ernstere Zufälle, die auf sie zurückzuführen wären, niemals beobachtet.

A. CARTAZ.

84) **J. W. Russell. Ein Ueberblick über die Serumbehandlung bei Diphtherie. (A review of the antitoxin treatment of diphtheria.)** *Birmingham Med. Review. Juli 1896.*

Eine Zusammenstellung der aus dem Metropolitan Asylum's Board Hospital veröffentlichten Fälle, der im Glasgow Fever Hospital erhaltenen Resultate und von 63 im Birmingham General Hospital behandelten Fällen. Von diesen starben 33,8 pCt. Auch die von Saller im Guy's Hospital Gazette am 20. Juni veröffentlichten Fälle werden erwähnt. Der grösste Nutzen, den man vom Serumgebrauch überhaupt erhält, ist bei den tracheotomirten Fällen zu finden.

ADOLPH BRONNER.

85) **W. Thomas. Zur Serumbehandlung der Diphtheritis. (On the serum treatment of diphtheria.)** *Birmingham Med. Review. September 1896.*

Von allen Patienten, die Th. in den letzten 30 Jahren sah, kamen alle zur Genesung bis auf einen (!). Kalium bicarbon. und Kali chloricum wurden in Dosen von gr X gegeben (!).

ADOLPH BRONNER.

86) **T. J. Bockenham. Das Heilserum und seine Bereitung. (Antidiphtheritic serum and its preparation.)** *Brit. Med. Journ. 3. October 1896.*

Verf. empfiehlt die von Funk und Brussels angegebene Methode. Benutzt werden Pferde, von denen 8 Liter Blut mindestens $3^1/_2$ Liter klares Serum geben.

ADOLPH BRONNER.

87) **F. Riley. Ein Fall von Diptherie complicirt mit Bronchopneumonie und Hautemphysem, mit Serum behandelt und geheilt. (A case of diphtheria complicated with bronchopneumonia and cutaneous emphysema and treated with antitoxin; recovery.)** *Lancet. 3. October 1896.*

Krankengeschichte eines 10jährigen Knaben.

ADOLPH BRONNER.

88) **T. H. Kellock. Intubation gegen Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *Lancet. 3. October 1896.*

Die Intubation in Verbindung mit der Serumtherapie hat folgende Vortheile vor der Tracheotomie: 1. Sie kann schneller und mit weniger Assistenz ausgeführt werden; 2. es ist keine Narkose nöthig. Verf. schliesst mit einem Bericht über 5 Fälle.

ADOLPH BRONNER.

89) **Sidney Martin. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *Lancet. 17. October 1896.*

Vortrag gehalten vor der North London Medical and Surgical Society; wird anderswo referirt.

ADOLPH BRONNER.

90) **R. Russell. Siebzehn Fälle von Diphtherie ohne Todesfall; fünfzehn mit Serum behandelt. (Seventeen cases of diphtheria without a death; fifteen treated by antitoxin.)** *Lancet. 7. November 1896.*

Mittheilung der Krankengeschichten.

ADOLPH BRONNER.

91) **W. M. Donald. Beobachtungen über den Immunisirungs- und Heilwerth des Diphtherieserums. (Some observations upon the immunizing and curative effects of antitoxin.)** *Medicine. 18. September 1896.*

Verf. hält das Serum für unschädlich; es wirkt immunisirend und echter Loeffler'scher Diphtherie gegenüber rasch heilend.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **Wm. Vissman. Die Wirkung des Diphtherieserums auf die Nieren. (The action of diphtheria antitoxin upon the Kidneys.)** *St. Louis Clinique. September 1896.*

Verf. hat an Kaninchen experimentirt; er findet, dass das Serum trübe Schwellung der Nieren verursacht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **Redact. Notiz. Die Serumbehandlung in Oesterreich. (Antitoxin in Austria.)** *Med. News. 25. September 1896.*

Von 1100 behandelten Fällen kamen 970 zur Genesung. Von den in den ersten 2 Tagen der Erkrankung Behandelten starben nur 6,7 pCt. Von 318 präventiv Geimpften erkrankten nur 20 und auch diese nur in milder Weise.

LEFFERTS

94) **Redact. Mittheilung. Die Stärke des Diphtherieheilserums. (The relative strengths of the antidiphtheritic serums.)** *Med. News. 26. September 1896.*

Auszug aus einem Briefe von H. M. Biggs (New-York) an die London Lancet, in dem betont wird, dass auf jedem Fläschchen Serum verzeichnet sein muss, wie viel Antitoxineinheiten in jedem Cubikcentimeter des Inhalts enthalten sind. Das Serum muss möglichst stark sein, denn natürlich ist es vortheilhafter, nur 3—5 ccm injiciren zu müssen, statt 10, 20 oder 30 ccm. LEFFERTS.

95) **Redact. Notiz. Croup und Diphtherie in Oesterreich. (Croup and diphtheria in Austria.)** *Medical News. 21. November 1896.*

Im Monat Februar 1896 kamen im gesammten Oesterreich 4424 Fälle von Croup und Diphtherie vor; davon starben 982 = 22,1 pCt. und 895 blieben noch in Behandlung. Unter 1128 von diesen Kranken, die mit Serum behandelt wurden, starben 149 = 13,2 pCt., während unter den 1849 auf andere Art behandelten 704 = 38,1 pCt. zu Grunde gingen. LEFFERTS.

96) **L. Rosenberg. Ein Fall von Serum-Intoxication. (A case of antitoxin poisoing.)** *N. Y. Med. Record. 26. September 1896.*

Der Fall kam zur Heilung. LEFFERTS.

97) **Arthur G. Boyer. Ein Fall von maligner Diphtherie mit Serum behandelt und rasch geheilt. (A case of malignant diphtheria treated by antitoxin. Rapid recovery.)** *N. Y. Med. Record. 26. September 1896.*

Die Ueberschrift sagt, worum es sich handelt. LEFFERTS.

98) **Paltauf. Die Serumbehandlung der Diphtherie in Oesterreich. (Antitoxin treatment of diphtheria in Austria.)** *N. Y. Med. Record. 24. October 1896.*

Behandelt wurden 1103 Kinder; die Mortalität betrug 12,5 pCt. Wesentlich ist die frühzeitige Anwendung des Serums. Unter den am 2. Krankheitstage Injicirten betrug die Mortalität 6,7 pCt., während sie bei den am 3. Tag Gespritzten auf 19 pCt., am 4. auf 23 pCt., am 5. auf 31 und am 6. auf 33,3 pCt. stieg. P. erwähnt auch eine Epidemie in Ischl, wo im December 95, als noch kein Serum gespritzt wurde, alle erkrankten Kinder starben, im Januar 96 aber die 16 Erkrankungsfälle Serum erhielten und insgesammt durchkamen. LEFFERTS.

99) **Miller. Die Isolirung des Diphtherie-Antitoxins. (Isolation of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 31. October 1896.*

Verf. ist nicht im Stande, die interessanten Angaben Brieger's über die Isolirung der antitoxischen Substanz ganz zu bestätigen. Der wesentliche Punkt ist die Abscheidung des Antitoxins als Zinkverbindung. Besonders schwierig scheint es die Substanz vollständig vom Albumin zu trennen. LEFFERTS.

100) **Billings. Zur Serumtherapie. (Antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 21. November 1896.*

Bluntuntersuchungen ergaben, dass die Zahl der Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt weniger abnehmen nach Seruminjectionen, als ohne dieselben.
LEFFERTS.

101) **R. C. Evans. Bericht über 26 Fälle von schwerer Diphtherie, die im Winter 95—96 mit Serum behandelt wurden, ohne Todesfall. (Report of the treatment of 26 cases of malignant diphtheria by the use of antitoxin without fatality during the winter of 1895—1896.)** *Med. Review. 12. September 1896.*

Der Ueberschrift ist nichts hinzuzufügen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **L. W. Dallas. Die Diphtheritis mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. (Diphtheria with special reference tho the use of antitoxin.)** *Med. Review. 26. September 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **Redact. Notiz. Diphtherieheilserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Med. Review. 26. September 1896.*

Nichts von Bedeutrng. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **S. S. Adams. Vergleich der Behandlungsresultate bei Diphtherie im District Columbia mit und ohne Serum. (Comparative results of the treatment of diphtheria with or without antitoxin in the district of Columbia.)** *National Med. Review. November 1896.*

Die Gesammtmortalität hat abgenommen seit der Einführung des Serums, und die mit demselben behandelten Fälle geben eine geringere Sterblichkeitsziffer, als die ohne Serum behandelten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **Redact. Notiz. Die Anwendung des Diphtherieserums. (The use of antitoxin.)** *National Med. Review. December 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **Frank W. Wright. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Serum therapy as applied to diphtheria.)** *Yale Med. Journal. December 1896.*

Nichts Originelles oder Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

107) **D. H. Stewart. Uebersicht über 11 Fälle von Kehlkopfdiphtherie. (A glance at 11 cases of laryngeal diphtheria.)** *Annals of Gynaecology and Pediatry. November 1896.*

Die Fälle wurden mit Serum behandelt; nur einer starb.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

108) **Elmer Lee. Der Misserfolg der Serumtherapie als eines Heilmittels gegen Diphtheritis. (The fallacy of the antitoxin treatment as a cure for diphtheria.)** *Journal of Practical Medicine. September 1896.*

Nach dem Ergebniss der Statistiken hält Verf. den weiteren Gebrauch des Serums nicht für gerechtfertigt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

109) **S. S. Robinson. Tod durch Serumeinspritzung. (Death from antitoxin.)** *Medical Brief. September 1896.*

R. berichtet über den letalen Ausgang bei einem 3 Jahre alten Knaben, ohne indess nähere Mittheilung über den Fall zu machen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

110) **W. L. Stowell. Diphtherie mit und ohne Serum. (Diphtheria with and without antitoxin.)** *Medical Brief. November u. December 1896.*

Das Serum übt nach Verf.'s Anschauung einen derartigen Einfluss auf den Organismus aus, dass die Fälle von Nephritis häufiger werden und die Entwicklung des Pneumococcus begünstigt ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

111) **S. G. Dabney. Serumtherapie und Intubation. (Antitoxin and intubation.)** *Am. Practitioner and News. 3. October 1896.*

Verf. macht in jedem Falle von Intubation Seruminjectionen und empfiehlt dieses Vorgehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Alfred King. Krämpfe nach Serumgebrauch. (The use of antitoxin accompanied by a convulsion.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 24. September 1896.*

Der Zufall trat bei einer gesunden 37jährigen Frau ein, die noch nie irgendwelche nervösen Störungen gehabt hatte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **Redact. Notiz. Die Immunitäts-Einheit im Diphtherieheilserum. (The antitoxin unit of diphtheria antitoxin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 17. December 1896.*

Der Begriff der antitoxischen Einheit wird erklärt und der Weg geschildert, wie der Gehalt des Serums an Immunitäts-Einheiten geprüft wird.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

114) **W. K. Jaques. Prophylactische Serumanwendung und die directe Diagnose der Diphtherie. (Prophylactic use of antitoxin and the direct diagnosis of diphtheria.)** *Chicago Med. Recorder. October 1896.*

Verf. betont die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **Guy L. Kiefer. Die Serumbehandlung der Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *The Physician and Surgeon. November 1896.*

K. ist Anhänger der Serumtherapie; er berichtet über 15 Fälle, von denen einer letal ausging. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **A. B. Eadie** und **T. F. Mc Mahon. Bericht über 40 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie. (A report of 40 cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *The Canadian Practitioner. November 1896.*

Die Fälle kamen sämmtlich zur Heilung einschliesslich von 4 Fällen von Kehlkopf- und 1 von Nasendiphtherie. Ueberdies trat die Heilung so prompt nach der Serumanwendung ein, dass es unvernünftig wäre, nicht diese dafür verantwortlich zu machen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

117) **E. P. Friedrich** (Leipzig). **Die elastischen Fasern im Kehlkopfe.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. IV. Heft 2. 1896.*

Mittelst der Tänzer'schen Orceinfärbemethode untersucht Verf. die inneren Bänder des Kehlkopfes (Conus elasticus, Lig. vocale und Lig. ventriculare) und die Schleimhaut des Kehlkopfes auf die Anordnung der elastischen Fasern. Ein besonderes Capitel ist dem Verhältniss des Lig. vocale zum M. vocalis gewidmet. Die Ergebnisse der sorgfältigen anatomischen Untersuchungen, die durch 6 Tafeln illustrirt sind, lassen sich im Referate nicht wiedergeben; es muss auf das Original verwiesen werden. F. KLEMPERER.

118) **Wilmart. Ueber die 3 Larynxdimensionen beim Erwachsenen. (Des trois dimensions du larynx adulte.)** *La Clinique. No. 40. 1896.*

W. beweist schematisch die Richtigkeit der Formel Testut's an der Hand zweier von Sappey aufgestellten Zahlentafeln, von denen die eine das männliche, die andere das weibliche Geschlecht betrifft, und die dahin lautet, dass von den 3 Durchmessern des Kehlkopfes der von vorne nach hinten am wenigsten variabel sei, dann komme der verticale und endlich der transversale. Während der erste von 1—5 mm schwanke, betrage die Variation des zweiten 1—6 mm und die des transversalen Durchmessers 1—11 mm. BAYER.

119) **Merrick. Die Diagnostik bei Kehlkopferkrankung. (Diagnosis in laryngeal disease.)** *N. Y. Med. Record. 12. September 1896.*

Vor der Entdeckung des Kehlkopfspiegels waren die Aphonie und Dysphonie im Verein mit gewissen Begleiterscheinungen die einzigen Führer des Arztes bei der Diagnose einer laryngealen Erkrankung. LEFFERTS.

120) **Escat. Die Laryngoscopie beim Kinde. (La laryngoscopie chez l'enfant.)** *Arch. internat de laryngol. etc. No. 5. September. October 1896.*

Verf. bedient sich eines gewöhnlichen Spiegels, mit Vorliebe eines viereckigen und führt ihn wie bei der gewöhnlichen Laryngoscopie ein. Gleichzeitig wird mit einem Zungenspatel, der ungefähr dem Kirstein'schen Autoscopspatel entspricht, die Zunge nach vorn und unten gedrängt. Eine Art Gabel am Ende des Spatels legt sich in die Sinus pyriformes und hält die aufgerichtete Epiglottis und den ganzen Kehlkopf vorn fest. Mittelst dieser Methode kann man die Partien oberhalb der Glottis gut übersehen, selten die Glottis selbst. E. J. MOURE.

121) **Ziem. Zur Autoskopie des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 3. 1896.*

Z. behauptet Kirstein gegenüber, dass der letztere ein ähnliches von Voltolini schon 1865 angegebenes Verfahren zur Untersuchung tiefer Halstheile übersehen habe. Z. empfiehlt zur Autoskopie das direct von Westen auffallende Sonnenlicht, das er in Alexandrien erprobt hatte. SCHECH.

122) **J. Solis-Cohen. Ein Zungenherabdrücker. (A tongue depressor.)** *N. Y. Med. News. 1. August 1896.*

Verf. demonstrirt den Kirstein'schen Spatel. Den Namen Autoskop hält er nicht für glücklich gewählt, er schlägt die Bezeichnung Ortholaryngoscop vor. Das Instrument ist nichts anderes als ein einblättriges Speculum, das lang genug ist, um die Basis der Zunge gerade vor der Epiglottis zu erreichen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

123) **J. Katzenstein. Die Orthoskopie des Larynx. (Spiegelbesichtigung des Kehlkopfs im aufrechten Bilde.)** *Archiv für Laryngol. u. Rhinologie. Bd. IV. H. 2. 1896.*

Ueber die Methode ist. an anderer Stelle bereits berichtet. F. KLEMPERER.

124) **Przedborski. Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 8, 9. 1896.*

Ausführliche Besprechung der Laryngitis phlegmonosa submucosa idiopathica, der primären Erysipel des Pharynx und Larynx und der acuten infectiösen Phlegmone mit Mittheilung mehrer Krankheitsgeschichten, ohne Beibringung neuer Thatsachen.

SCHECH.

125) **Bar. Oedematöse Laryngitis bei Kindern. (De la laryngite oedémateuse chez les enfants.)** *Bull. et Mém. d. l. Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Bei 3 Kindern im Alter von $3^1/_2$, 5 und 11 Jahren constatirte Verf. eine anfallsweise auftretende inspiratorische Dyspnoe und eine Veränderung der Stimme, die rauh, flüsternd und doppeltönend wurde. Laryngoskopisch liess sich ein Oedem und Röthung der Kehlkopfschleimhaut wahrnehmen. Zwei Fälle waren entzündlichen Ursprungs, der dritte tuberkulöser Natur. Verf. bespricht die Pathologie und die Diagnostik dieser Erkrankung. Die Kinder müssen sorgfältig überwacht werden, damit die Tracheotomie, welche plötzlich nothwendig werden kann, nicht zu spät kommt.

E. J. MOURE.

126) **Egger. Beitrag zum Studium des acuten Kehlkopfödems. (Contribution à l'étude de l'oedème aigu du larynx.)** *Bull. et Mem. Soc. Franç. de Laryngologie. Rueff. édit. Paris. 1896.*

Krankengeschichte einer Frau von 30 Jahren, Gravida im 5. Monat und leicht tuberculös, die nach einer lebhaften Erregung ein acutes Oedem der Epiglottis und der Aryknorpel, begleitet von Schmerzen und Fieber, bekam. Das Oedem verging sehr rasch, die Veränderungen im Larynx blieben länger bestehen. Verf. glaubt, dass es sich um ein angioneurotisches Oedem gehandelt hat.

E. J. MOURE.

127) **F. Rueda Carrera** (Madrid). **Laryngitis subglottica acuta oedematosa. (Laringitis subglóttica aguda edematosa.)** *Revista de Medic. y Cirurg. práct. No. 497. 1896.*

Die Ursache dieser Laryngitis oedematosa war eine Endocarditis. Verf. er-

innert im Anschluss an diesen Fall an seine frühere Mittheilung in den Archiven für Laryngologie über die Beziehungen zwischen dem Circulationsapparat und den oberen Luftwegen.

R. BOTEY.

128) **A. H. Marvin. (Pachydermia laryngis.)** *Cleveland Med. Gazette. Februar 1896.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. Der erste Patient, ein jüdischer Zeitungsverkäufer von 14 Jahren, war seit 2 Jahren heiser. In der Regio interarytaenoidea fand sich eine erbsengrosse Geschwulst. Dieselbe war weisslich, nicht gestielt, beim Berühren hart anzufühlen. Der Tumor wurde exstirpirt; er zeigte bei der histologischen Untersuchung den charakteristischen Bau der Pachydermie.

Fall 2 betrifft eine unverheirathete Jüdin von 22 Jahren. Beide Stimmbänder zeigten an der Vereinigung von vorderem und mittlerem Drittel weisse Schwellungen.

FROTTINGHAM (LEFFERTS.)

129) **Hugo Zwillinger. Ueber das Verhältniss der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien). (A pachydermia laryngis vetzonya a leukokeratosisokhoz [leukoplakia].)** *Gyógyászat. 1895. No. 50 und Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1896.*

Verf. verficht die Identität der Pachydermia laryngis mit der Leukoplakie; er weist nach, dass die Aetiologie beider Processe dieselbe, die anatomischen Veränderungen in beiden Processen vollkommen die gleichen und auch vom klinischen Standpunkte die Aehnlichkeit der sog. Pachydermia laryngis und der Leukokeratosis in die Augen springend ist. Auf Grund der in seiner Arbeit angeführten Fakten glaubt Z. sich dazu berechtigt die Pachydermia laryngis in die Reihe derjenigen Veränderungen zu stellen, welche unter dem Namen der Leukokeratosen bekannt sind. Verf. bespricht des weiteren die Gegenargumente, wie die bisher mangelnde Beobachtung der Vergesellschaftung beider Formen, ferner den häufigen Uebergang der Leukokeratosen der Mundschleimhaut in Carcinom, was bei der sog. Pachydermia laryngis nicht vorkommen soll. — Verf. citirt die von Kuttner angezweifelten Klebs'schen Fälle.

v. NAVRATIL.

130) **A. v. Sokolowski. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Entzündung des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Laryngo-tracheitis chronica hypertrophica.)** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. IV. H. 2. 1896.*

131) **A. v. Sokolowski. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngotracheitis chronica hypertrophica. (Pryczynek do patologii i terapii przewlektego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy.)** *Gazeta lekarska. No. 17 18. 1896.*

Ein 19jähriger Arbeiter wurde plötzlich nach einer sehr anstrengenden Feldarbeit heiser, wozu sich später ein trockener Husten und progressiv zunehmende Dyspnoe gesellte. Schliesslich stellten sich suffocatorische Anfälle Nachts ein. Im Krankenhause wurde vom Verf. laryngoskopisch constatirt: falsche Stimmbänder stark geröthet; die Chordae verae stellten sich als rothe Wülste dar, welche zusammen mit dem stark geschwollenen subchordalen Raume eine beträchtliche

Stenose bildeten; die übrigen Kehlkopftheile, wie auch der Nasenrachenraum normal. In den Lungen wurde chronische Bronchitis constatirt; die übrigen Organe bieten normale Verhältnisse. Lues und Amnesie vorhanden.

3. XI. 1895 wegen zunehmender Dyspnoe wurde der Kranke tracheotomirt.

7. XI. Laryngofissur (Dr. Kijewski) mit Herausschneiden der sämmtlichen hypertrophisch veränderten subchordalen Theile ausgeführt. Frische Partikel davon bacteriologisch untersucht auf Sclerom-Bacillen mit negativem Resultat. Die histologische Untersuchung des Verf.'s ergab starke Wucherung des Epithels, mässige Infiltration des oberen Theiles des Bindegewebes und eine fibröse Entartung des Bindegewebs in den tiefen Schichten, starke Infiltration in der Gegend der Drüsen und Gefässe.

Der Kranke, welcher nach der ausgeführten Operation ganz frei zu athmen begann und sich dabei ganz wohl fühlte, starb plötzlich am 23. XII. 1895 in Folge von acuter suffocatorischer Bronchitis.

Die Autopsie ergab neben Verdickung des subglottischen Raumes die Hauptveränderungen in der Trachea, welche verdickt, hart und mit zerstreuten inselförmigen Erhebungen bis zur Grösse eines Hanfkornes erfüllt war; dies alles verursachte eine wesentliche Trachealstenose. Der Nasenrachenraum bot keine Veränderungen dar. Die gesammte Schleimhaut und zwar die der Nase, des Nasenrachenraumes, des Kehlkopfs und der Trachea wurde genau histologisch und bacteriologisch untersucht und ergab:

1. ein negatives Resultat in bacteriologischer Hinsicht,
2. histologisch stellte sich der Process als eine hypertrophisch-hyperplastische Entzündung mit besonderer Wucherung des Epithels und hornartiger Degeneration desselben in den oberflächlichen Schichten und mit starker Wucherung des Bindegewebes dar. Die histologischen Details, welche sehr ausführlich beschrieben sind, müssen im Original nachgelesen werden.

In der Epikrise kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Laryngitis hypertrophica subglottica darf nicht mit Scleroma laryngis identificirt werden.
2. In gewissen Fällen ist die Pathogenese des Leidens nach Störk begründet.
3. Das Leiden muss als ein specifisches, des näheren noch unbekanntes betrachtet werden.

Autoreferat.

132) **von Weismayer. Eine noch nicht beobachtete Complication des Scleroms der Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 11. 1896.*

Entwicklung eines grossen mit Perichondritis verbundenen tuberculösen Geschwüres auf dem Boden des Scleroms, also eine bisher noch nicht beobachtete Combination der Sclerosis mit Tuberculose in demselben Larynx.

SSCHECH.

133) **A. Baurowicz. Ueber Sclerom. (O twardzieli.)** *Krakau. 51 Seiten. 1896.*

Auf Grund von 42 Fällen von Sclerom, die Verf. in Prof. Pieniazek's laryngologischer Klinik genau beobachtet hat, sowie mit Berücksichtigung der Literatur, stellt Verf. in monographischer Weise das klinische und pathologische Bild des genannten Leidens in knapper Form dar.

v. SOKOLOWSKI.

134) **A. Baurowicz. Verengerung der Bronchien in Folge des Skleroms.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. IV. 1. 1896.*

Krankengeschichte und Sectionsbericht eines Falles von Sklerom der oberen Luftwege, das zur Stenosirung der Bronchien geführt hatte. Diese war nicht blos auskultatorisch nachweisbar, sondern nach der Tracheotomie — im Trachealspeculum — auch directer Betrachtung zugänglich. Während der 9monatlichen Behandlung wurden die Eingänge der Bronchien wiederholt curettirt und dilatirt. Die gefahrvollen Eingriffe hatten jedesmal eine gewisse Erleichterung im Gefolge, bis beim 46. Curettiren die längst gefürchtete Blutung eintrat und die Pat. erstickte.

F. KLEMPERER.

135) **Aufrecht** (Magdeburg). **Ein Symptom der Trachealstenose.** *Centralblatt f. innere Medicin. 1. 1897.*

In 3 Fällen von Trachealstenose (2 Mediastinalcarcinome, 1 gummöse syphilitische Schwellung am untersten Theil der Trachea) constatirte A. beim Aufsetzen des Stethoskopes auf der Trachea dicht oberhalb des Jugulum sterni, dass das unter normalen Verhältnissen während der ganzen Dauer der In- und Exspiration in allen Fällen hörbare sehr breite rauhe bronchiale Athmen durch ein kurzdauerndes leises weiches Athmen ersetzt oder gar nicht zu hören war. SEIFERT.

136) **J. A. Nixon. Syphilitische Stenose der Trachea u. Bronchien. (Syphilitic stenosis of Trachea and Bronchi.)** *Dublin Med. Journal. September 1896.*

Die Stenose war verursacht durch eine gummatöse Geschwulst der Lymphdrüsen, die allmälig um das Luftrohr herum gewuchert war und deren Lumen verengerte. Als Stelle des Processes war die Höhe des 8. Trachealrings diagnosticirt worden, zu tief also für den chirurgischen Eingriff. Die antisyphilitische Therapie brachte keine Besserung. A. LOGAN TURNER (T. MC. BRIDE).

137) **A. Spengler. Ueber die Behandlung trachealer Stenosen mittelst Electrolyse. (Po powodu letschenia trachealnich sujenij electrolisom.)** *Bolnitschnaja gazeta. Botkina. 1895.*

Nach einer ausführlichen Besprechung der einschlägigen Literatur geht Spengler zur Beschreibung eines Falles von tiefer Laryngealstenose, hervorgerufen durch ringförmige Narbenbildung auf syphilitischer Basis, über, den er in 15 Sitzungen vermittelst Electrolyse so weit brachte, dass die Trachea an der narbigen Stelle ein Lumen von 12 mm hatte. Alle früheren Versuche mit verschiedenen Dilatatoren, Einkerbungen und Tracheotomie konnten dem Patienten keine dauernde Besserung verschaffen. Die Athemnoth steigerte sich bald zur vollständigen Asphyxie. P. HELLAT.

138) **Brigel. Ueber die Brüche der Luftröhre.** *Beitr. z. klin. Chir. XIV. 1895.*

B. beschreibt einen hierhergehörigen Fall aus der Bruns'schen Klinik in Tübingen bei einem 26jähr. Bauer, bei dem die Verletzung durch Ueberfahrenwerden eintrat. Pat. ging an Collaps zu Grunde. Es fand sich bei der Section eine Längswunde an der hinteren Wand und ein Querriss der Luftröhre.

B. hat aus der Litteratur 32 Fälle von Trachealbrüchen gesammelt und bespricht an der Hand derselben die Aetiologie, den pathologisch-anatomischen Befund, die Symptome, den Verlauf, Prognose und Behandlung. A. ROSENBERG.

139) **H. Koschier** (Wien). **Zur Kenntniss der Trachealtumoren.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1896.*

Ein 46jähriger Schuster suchte wegen Athemnoth die Klinik für Laryngologie (Prof. Störk) auf. Der Befund ergab: Pharynx und Larynx normal. An der vorderen Trachealwand zwei blassröthliche grobhöckerige Tumoren, die sich bei tiefer Inspiration bewegten. Operation wurde damals vom Patienten abgelehnt. Da sich jedoch später häufig Suffocationsanfälle einstellten, wünschte Patient die Entfernung der Tumoren, die nunmehr das Lumen der Trachea fast völlig erfüllten. Nach tiefer Tracheotomie zeigte sich, dass der eine Tumor bis zum 4. Trachealring reiche. Einige Tage hierauf wurde nach Einführung der Trendelenburg'schen Canüle die Trachea vom 5. Ringe bis zum Ringknorpel gespalten und die in Wallnussgrösse sich praesentirenden Tumoren abgetragen. Der Knorpel war bis auf eine schmale Stelle in der Medianlinie, wo er erweicht war, normal. Entsprechende Wundversorgung. Um das Herabfliessen des Wundsecretes in die Bronchien zu verhüten, wurde Patient in einem schiefen Bette so gelagert, dass die Wunde tiefer lag als die untere Trachealpartie. Nach ca. drei Wochen post operationem wurde Patient geheilt entlassen. Die histologische Untersuchung ergab: Carcinoma cylindromatosum. Genaue Beschreibung des histologischen Befundes. CHIARI.

140) **Krönlein** und **Vogler** (Frauenfeld u. Zürich). **Ueber das Vorkommen, die Symptomatologie, Diagnose und Therapie der primären Trachealtumoren.** Züricher Dissertation. Zürich bei Lohbauer. 1896.

Es werden ausser dem selbstbeobachteten Falle, einem von Prof. Krönlein in der Züricher Klinik beobachteten und erfolgreich operirten, subglottischen Lymphom wohl sämmtliche in der Literatur bekannten primären Trachealtumoren besprochen, zusammen 86 Fälle: 22 Fibrome, 24 Carcinome, 11 Papillome, acht Sarkome, 7 Osteome, 5 intertracheale Strumen, 4 Enchondrome, 3 Adenome, 1 Lipom.

Unter den Symptomen ist hervorzuheben, dass Kranke mit Trachealstenose im Gegensatz zu solchen mit Larynxstenose das Kinn mehr nach vorne strecken. — Alle sonst angeführten Thatsachen kann man deduciren. JONQUIÈRE.

141) **F. König. Zur Deckung von Defecten in der vorderen Trachealwand.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 51.*

K. giebt die Krankengeschichte eines ursprünglich wegen Diphtherie tracheotomirten Knaben, bei dem sich schliesslich ein grosser Defect an der vorderen Trachealwand gebildet hatte. Er deckte denselben durch einen Hautknorpellappen, in welchem der Knorpel die abgeschälte Hälfte der rechten Schildknorpelplatte bildete. LANDGRAF.

f. Schilddrüse.

142) **Rousseau** (Nantes). **Hypertrophie der Nebenschilddrüsen nach der Thyroidectomie. (Hypertrophie des glandes para-thyroidiennes après la thyreidectomie.)** *Société de Biologie. 28. November 1896.*

Verf. hat 103 Schilddrüsenexstirpationen an Kaninchen ausgeführt und constatirt, dass nach totaler Entfernung der Drüse Hypertrophie der Gland. parathyreoideae eintritt.

PAUL RAUGÉ.

143) **Gürber. Ein jodhaltiges Product der menschlichen Schilddrüse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1896.*

Starker Jodgehalt in einem schwach gelbgefärbten gallertigen im Hilus der beiden Seitenlappen der Schilddrüse aufgefundenen Producte.

SCHECH.

144) **Sabrazes** und **Cabannes. Einfacher Kropf. (Simple goitre.)** *N. Y. Medical Record. 7. November 1896.*

In dem Falle eines 44jährigen Mannes, bei dem die Jodbehandlung keine Besserung herbeigeführt hatte, wurde durch den Gebrauch eines Glycerinextractes der Schilddrüse sehr rasch Heilung erzielt. Täglich wurden 1—$1^1/_2$ Theelöffel Extract gegeben; der Theelöffel entsprach 30 cg der frischen Drüse.

LEFFERTS.

145) **Antonin Poncet** (Lyon). **Die massive Enucleation der Kropfgeschwülste. (Enucléation massive des goitres.)** *Academie de médicine. 20. October 1896.*

Wenn die cystischen Schilddrüsentumoren, die uni-, häufiger multiloculär sind, eine gewisse Grösse erreichen und besonders, wenn sie eine gewisse Dauer haben, zerstören sie durch Atrophie das Drüsengewebe und setzen sich ganz an dessen Stelle. Versucht man unter diesen Umständen die Cysten auszuschälen, so kommt man meist dazu, den Tumor in seiner Totalität zu entfernen. Diese Operation, die Poncet als massive Enucleation bezeichnet, ist einfach, schnell und ungefährlich. Die Ligatur der Schilddrüsengefässe ist nicht nöthig, da diese atrophirt sind, wie das Drüsengewebe selbst. Die einzige Gefahr ist die einer secundären Flächenblutung in dem leer bleibenden Hohlraum. Man vermeidet diese Gefahr, indem man die blutenden Flächen aneinandernäht, derart, dass die Tasche überhaupt ganz geschlossen wird.

PAUL RAUGÉ.

146) **H. D. Rolleston. Tuberkulose der Schilddrüse mit einem sich in den Oesophagus öffnenden Abscess. (Tuberculosis of the thyroid with abscess opening into the oesophagus.)** *British Medical Journal. Nov. 7th. 1896.*

Rolleston berichtete am 3. November 1896 der Pathological Society of London den Fall einer 23jährigen Frau, welche an schmerzhafter Paraplegie in Folge tuberculöser Caries der Wirbelsäule litt. Obwohl es ihm nicht nicht möglich gewesen war, Bacillen in der Schilddrüse nachzuweisen, so konnte an der Natur des Leidens kein Zweifel existiren. Der Vortragende bemerkte, dass die Knochen

besonders geneigt zu secundärer Infection in Fällen primären Schilddrüsencarcinoms seien, und er stellte die Hypothese auf, dass umgekehrt, wenn primäre Knochentuberculose vorläge, die Schilddrüse möglicherweise speciell einer Secundärinfection zugänglich sei.

In der Discussion bemerkte Mr. James Berry, dass er nur einen Fall von Miliartuberculose dieser Drüse gesehen habe. Mr. Bidwell habe einen anderen beschrieben. Grössere tuberculöse Schilddrüsengeschwülste seien äusserst selten. Ein Abscess der Schilddrüse ausser nach dem Gebrauch therapeutischer Einspritzungen sei ebenfalls selten, bisweilen käme er bei Abdominaltyphus und anderen Infectionskrankheiten zur Beobachtung. Solche Abscesse könnten sich in den Oesophagus, den Pharynx, die Trachea, oder das Mediastinum öffnen. Die Moral davon sei, dass man sie stets frühzeitig eröffnen solle. SEMON.

147) **E. Fletcher Ingals. Basedow'sche Krankheit. Chronische Mandelentzündung. Mandelcarcinom. Chronische Endocarditis. (Exophthalmic goiter; Chronic tonsillitis; carcinoma of the tonsil; chronic endocarditis.)** *Medical News. 12. December 1896.*

Kinische Vorstellung der aufgezählten Fälle, nichts Neues. LEFFERTS.

148) **A. M. Whitefoot. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit Thyroidin behandelt. (A case of exophthalmic goitre treated with thyroidin.)** *Med. Sentinel. September 1896.*

18jähriges Mädchen mit typischen Basedow'schen Erscheinungen; nach 6monatlicher Behandlung völlig geheilt. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

149) **Abadie** (Paris). **Durchschneidung des Halssympathicus bei den schweren Formen der Basedow'schen Krankheit. (Section du sympathique cervical dans les formes graves du goitre exophthalmique.)** *Association française de Chirurgie. 21. October 1896.*

Diese Therapie ist die Consequenz der Anschauungen, die Verf. betreffs der Pathogenese der Basedow'schen Krankheit hat. Alle ihre Symptome führt er auf eine permanente Reizung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus oder ihrer Ursprungskerne zurück: die Tachycardie, die Schilddrüsenhypertrophie durch arterielle Turgescenz, den Exophthalmus durch Erweiterung retrobulbärer Gefässe. Daraus folgert, dass die Durchschneidung des Sympathicus oberhalb des mittleren Ganglions mindestens auf den Exophthalmus einwirken und die schweren Zufälle verhüten muss, welche die excessive Vordrängung des Auges verschulden kann. Jaboulay (Lyon), der diese Operation zuerst am Lebenden ausführte, sah danach alle Augensymptome dauernd verschwinden.

Jonnesco (Bucarest) theilt im Anschluss hieran mit, dass er bei 6 Fällen nicht die einfache Durchschneidung, sondern die totale Resection des ganzen Halssympathicus mit seinen 2 Ganglien (2mal bei Basedow'scher Krankheit, 2mal bei Epilepsie) ausgeführt hat. Die Operation ist einfach, hat keine nervösen Störungen im Gefolge und scheint gute Resultate zu geben. PAUL RAUGÉ.

150) **Kurt Mendel. Ein Fall von myxoedematösem Cretinismus.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 45.*

Ein ausführlich beschriebener Fall. Das Kind $12^1/_4$ Jahr alt, machte den Eindruck eines 2—3jährigen Mädchens.

Die Schilddrüse war nicht aufzufinden.

Thyreoideatabletten hatten anscheinend Besserung zur Folge, konnten jedoch nicht lange gereicht werden.

LANDGRAF.

151) **Stabel. Zur Schilddrüsentherapie.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 5.*

Mittheilung der in der von Bergmann'schen Klinik erzielten Resultate, die dahin sich zusammenfassen lassen, dass durch Darreichung frischer Schilddrüsensubstanz beginnend mit 8,0 g 2 mal wöchentlich, allmälig steigend bis 15,0 g sich wesentliche Besserungen in 92 pCt., Heilungen nur in 8 pCt. erreichen lassen, während die Tabletten viel unsicherer in der Wirkung sind und mehr unangenehme Nebenerscheinungen verursachen.

LANDGRAF.

152) **Dinkler. Ueber den Stoffwechsel bei innerlichem Gebrauche getrockneter Schilddrüsensubstanz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1896.*

Zu den gewöhnlichen Erscheinungen der Schilddrüsenwirkung gehört mehr weniger ausgeprägte Zunahme der Harnabsonderung; der Harn enthält jedoch nur ganz ausnahmsweise Eiweiss oder Zucker. Dagegen ist constant die Ausscheidung des Harnstoffes gesteigert, doch kehrt allmälig das Gleichgewicht zurück. Unsicher ist die vermehrte Ausscheidung des Phosphors und Chlors.

Dinkler's Versuche zeigen ferner, dass die Gewichtsabnahme bei Ueberernährung nicht nur nicht ausbleiben, sondern in eine Gewichtszunahme verkehrt werden kann und dass die N-Ausscheidung anscheinend stets vermehrt ist, gleichviel, ob ein Plus oder Minus im N-Haushalt des Organismus vorangegangen ist.

SCHECH.

g. Oesophagus.

153) **Ménétrier. Varicen im Oesophagus in einem Fall von atrophischer Lebercirrhose. Tod durch Verblutung. (Varices oesophagiennes dans un cas de cirrhose atrophique. Hémorrhagie mortelle.)** *Société médicale des hôpitaux. 4. December 1896.*

63jähriger Patient; Potator; geht unter abundantem Blutbrechen zu Grunde die Section ergiebt Lebercirrhose. In der Speiseröhre ein geplatzter Varix.

PAUL RAUGÉ.

154) **L. Bérard** (Lyon). **Actinomycose des supra-diaphragmatischen Theiles des Verdauungsrohrs. (De l'actinomycose de la portion susdiaphragmatique du tube digestif.)** *Bulletin médical. 13. December 1896.*

Ausser ihren häufigen und wohlbekannten Localisationen an den Wandungen der Mundhöhle befällt die Aktinomykose bisweilen die Zunge und den Rachen-Speiseröhren-Tractus. Diese beiden Localisationen sind selten. Bonnet konnte nur 5 Fälle der ersteren zusammenstellen (De l'actinomycose de la langue. Thèse

de Lyon. November 1896) und Garde (De l'actinomycose oesophagienne. Thèse Lyon. Juli 1896) nur 6 Fälle des letzteren.

Die Aktinomykose der Zunge ist gewöhnlich gutartig, weil sie begrenzt bleibt und leicht operabel ist. Die des Oesophagus dagegen ist von grösster Schwere wegen ihrer Tendenz zur Ausbreitung theils auf das Mediastinum, theils auf Herz und Lungen, theils auf die Knochen des Thorax.

Die Symptome sind in beiden Fällen ziemlich unsichere und die Diagnose ist im Allgemeinen nicht leicht. Bei der Zungenerkrankung wird die Diagnose oft schwanken zwischen Aktinomykose, Krebs, Syphilis und Tuberculose, bei Oesophagusaffection zwischen Mykose und Krebs. Sicherzustellen ist die Diagnose nur durch den Nachweis der charakteristischen gelben Körnchen und die mikroskopische Untersuchung derselben.

Die Therapie besteht in Jodkaligebrauch und vor Allem in einem energischen und frühzeitigen localen Eingriff nach dem Rathe von Prof. Poncet (Lyon). Unglücklicherweise kann die chirurgische Behandlung, die die Zungenaffection völlig beherrscht, gegenüber der Oesophagusaffection nur sehr wenig leisten.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1897.

Kirstein demonstrirt das Escat'sche Instrument, dessen Schenkel in die Sin. pyriform. einsetzen und die Epiglottis aufrichten, sodass die Laryngoskopie bei Kindern, selbst wenn sie widerspenstig sind, leicht gelingt. Dieses Instrument ist aber auch für die Autoskopie des Kindesalters gut brauchbar.

A. Rosenberg demonstrirt einen grossen Nasenrachenpolypen, den er einer Patientin mit der Kornzange von vorneher entfernt hat. Derselbe zeigt zwei fingerförmige starke Ausläufer, die im mittleren und unteren Nasengange lagerten und deren Form angenommen haben.

Herzfeld demonstrirt einen Rhinolithen, der aus metallischem Eisen und Schwefeleisen besteht. Das Eisen rührt wahrscheinlich von einem vor 10 Jahren stattgefundenen Messerstich her, bei dem die Spitze abbrach. Das Schwefeleisen verdankt seine Herkunft der Entwicklung von Schwefelwasserstoff, der, wie H. feststellen konnte, bei vielen eitrigen Processen der Nase stattfindet.

B. Fränkel zeigt einen Zahn, der bei einer an Empyema antri Highmori erkrankten Patientin frei in die Oberkieferhöhle hineinragte; er trägt an der Wurzel ein $1^1/_2$ cm langes Granulom, ein Zeichen dafür, dass das Empyem dentalen Ursprungs war.

Sitzung vom 29. Januar 1897.

P. Heymann stellt einen Pat. vor mit einem in Folge eines Falles entstandenen Bluterguss ins Antrum Highmori; die Durchleuchtung ergab an der Wange und der Pupille derselben Seite einen deutlichen Schatten.

B. Fränkel zweifelt zwar nicht an der Richtigkeit der Diagnose, möchte dieselbe aber durch eine Probepunction sichergestellt haben.

Byk zeigt eine Patientin, bei der trotz fünfmaliger Inunctionskur innerhalb 3 Jahren und zweimaliger Spritzkur eine totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand eingetreten ist. In der der Uvula entsprechenden Gegend befindet sich ein kurzer blinder Gang. Die Pat. soll in der Weise operirt werden, dass eine quere Durchschneidung und Abtrennung des Velum mit nachheriger Bougirung vorgenommen wird.

Landgraf hält diese Methode für nicht empfehlenswerth, da die Nachbehandlung sehr mühsam ist und leicht eine Wiederverwachsung eintritt. Er hat in einem entsprechenden Falle neben der Mittellinie zu beiden Seiten je ein Loch in das Velum hineingeschnitten und dieselben durch hineinpassende Gummistückchen offen gehalten, die an der Platte des künstlichen Gebisses befestigt waren.

B. Fränkel: Die Landgraf'sche Methode ist nicht immer anwendbar, weil die Verwachsung manchmal sehr hoch — höher als man glaubt — hinaufreicht. Am besten ist immer, die Mitte frei zu machen. Will man eine Prothese anwenden, so lege man das Loch ziemlich weit nach vorne an; immer aber versuche man von derselben Abstand zu nehmen.

P. Heymann hat in einem Falle nach der Fränkel'schen Angabe die Loslösung vorgenommen und dann ca. $^3/_4$ Jahre eine Prothese tragen lassen. Nach dieser Zeit konnte die Pat. dieselbe entbehren.

Schötz möchte in dem vorgestellten Falle garnicht operiren, da die Beschwerden minimal sind; bei dem chirurgischen Eingriffe besteht die Gefahr, dass das Loch zu gross angelegt werde und der Abschluss des Nasopharynx ein unvollständiger bleibt.

Kafemann: Reform des rhinologischen Unterrichts.

Er löst an in Formalin gehärteten Köpfen das Nasenbein vom Os frontale ab und heftet Tumoren, Nasenpolypen, haubenförmige Hyperplasien u. s. w. mit Leim an jeder gewünschten Stelle fest, sodass die Studenten diese der Natur getreu nachgebildeten Nasenkrankheiten an der Leiche operiren lernen.

Ebenso bringt er Polster adenoiden Gewebes im Nasenrachen an, sodass die Entfernung der adenoiden Vegetationen am Cadaver geübt werden kann.

Demme berichtet über den weiteren Verlauf der Behandlung der in der Sitzung vom 28. Februar 1896 vorgestellten Patientin mit einem Hämatom des Rachens (s. XII, p. 412). Er entfernte von aussen ein Stück von ca. 500 gr von der Geschwulst, die sich als alveoläres Sarkom erwies. Es trat eine starke arterielle Blutung (A. phar. ascend.) ein, die auf Tamponade stand. Die in-

zwischen verkleinerte Geschwulst wuchs rasch. Um einer abermaligen schweren Blutung bei der von neuem projectirten Radicaloperation vorzubeugen, machte er eine präliminare Unterbindung der Carot. commun. derselben Seite; die Pat. ging nach einigen Tagen an Gehirnämie zu Grunde. An dem demonstrirten Präparate sieht man einen die linke Pharynxseite ausfüllenden Tumor, der anscheinend nicht von der Tonsille ausgeht. (Die Discussion wird vertagt.)

Beckmann: Ueber intranasale Operationsmethoden.

B. benutzt ein dem Kramer'schen ähnliches, aber über die Kante gebogenes Speculum, das von der neben dem Munde des Pat. gelegenen linken Hand des Untersuchers gehalten wird.

Die Operation von Deviationen und Leisten des Septum macht er mittelst einer aus Uhrfederstahl gefertigten Säge, die dünn und hart ist, mehr auf Zug als auf Stoss arbeitet und allen anderen ähnlichen Instrumenten, nach seiner Erfahrung, überlegen ist. Die adenoiden Vegetationen operirt er nur mit dem von ihm angegebenen Messer, das mit einem Male die ganze Rachentonsille entfernt. Die vorher vorhanden gewesene Schwellung der unteren Muscheln schwindet darnach fast immer. Die Hyperplasie des hinteren Endes und unteren Randes der unteren Muschel beseitigt er in einer Sitzung mit einer von ihm angegebenen Scheere.

Die Galvanokaustik benutzt er nur noch zur Behandlung der Epistaxis und die warme Schlinge zur Beseitigung von Resten von adenoiden Vegetationen bei Erwachsenen. Bei Anwendung der Galvanokaustik zerstört man nicht die degenerirten Partieen, sondern das physiologisch wichtige cavernöse Gewebe; und dabei besteht noch die Gefahr der Erzeugung einer Nebenhöhleneiterung, der Entzündung des Lymphrings u. a.

Bei der Anwendung der Scheere vermeidet man fast immer die Blutung, wenn man unmittelbar nach der Operation den Pat. eine Stunde und zu Hause noch 3 Stunden in einem kühlen Zimmer liegen lässt. (Die Discussion wird vertagt.)

Sitzung vom 26. Februar 1897.

Discussion über den Vortrag von Kirstein: Ueber Rhinoskopia media.

Herzfeld glaubt, dass wohl alle Rhinologen dieselbe, wenn auch in modificirter Form, gelegentlich angewandt haben und dass dieselbe uns keine in Betracht kommenden neue Aufschlüsse zu geben im Stande sei.

Alexander: Das Hineinschlüpfen des Instruments in den engen Spalt ist nur unter solchen anatomischen Bedingungen möglich, unter denen uns auch auf die gewöhnliche Art der Untersuchung der Meatus medius zugänglich ist. In den anderen Fällen kommt es zu einer Fractur der mittleren Muschel, die nicht bedeutungslos ist.

Kuttner hält die Rhinoskopia media für nicht so schwer, sie hat ihm in einem Falle wesentlich genützt; die Fractur der mittleren Muschel ist durchaus nicht harmlos, da z. B. der bei der Heilung derselben sich bildende Callus eine

Nebenhöhle verschliessen kann. Jedenfalls eignet sich diese Untersuchungsmethode nicht für den allgemeinen Gebrauch.

Kirstein hält sie in gewissen Fällen für unentbehrlich; die Gefahr der Fractur ist wohl keine erhebliche.

Treitel zeigt einen Schädel mit doppelseitigem Oberkieferhöhlen-Empyem und einem Empyema sin. sphenoid. dext. Die eine Stirnhöhle fehlt und die andere ist nur angedeutet; bei einem Versuche der Sondirung des Sin. front. gelangte die Sonde in den Sin. maxill.

Bussenius zeigte den Kopf und die Klaue eines Kalbes, dem er 2 ccm Bouillon mit Reinculturen des von ihm und Siegel als Bacillus der Maul- und Klauenseuche angegebenen Bacteriums injicirte. An der Schleimhaut des Maules finden sich Bläschen und Ulcerationen, wie sie auch beim Menschen mit der genannten Erkrankung auftreten, und Bläschen in der Klauenfalte.

Musehold: Photographie und Stroboskopie des Kehlkopfes.

Die von ihm aufgenommenen Photographieen zeigen beim Brustton die Stimmbänder in fester Berührung, und zwar bei lautem Ton mit leicht wulstiger, bei schwächerer Phonation mit mehr ebener Oberfläche. — Beim Falsetton ist die Stimmritze auf den Photogrammen immer offen in der Form eines schmalen elliptischen Spaltes.

Diese Befunde controlirte M. seit 1894 stroboskopisch, und zwar bediente er sich eines von ihm selbst construirten mittelst Elektrometers getriebenen Stroboskops; die aus Glanzpappe mit radiär verlaufenden Schlitzen angefertigte stroboskopische Scheibe befindet sich auf der Axe des Motors selbst.

Die stroboskopischen Untersuchungen bestätigen durchaus, was die Photogramme zeigten.

Die unteren geneigten Flächen der Stimmbänder bilden den eigentlichen Angriffspunkt für den zur Tongebung nöthigen Luftstrom; die physikalische Folge davon ist, dass die Stimmbandkörper wesentlich seitlich ausweichen, während eine Bewegung nach oben beim Brustton kaum in Betracht kommt und gar durchschlagende Schwingungen nach oben und unten über die Gleichgewichtslage hinaus unmöglich sind, weil sich die Stimmbänder in der sogenannten Gleichgewichtslage fest berühren. Durchschlagende Schwingungen können nur bei offener Glottis, d. h. wenn die Stimmbandränder sich aneinander vorbeibewegen können, stattfinden wie beim Falsetton. Bei demselben scheinen die Stimmbänder sich in den Randtheilen auf- und abwärts zu bewegen.

M. ist der Ansicht, dass beim Brustregister die gesammte Masse der Stimmbänder nach der Mitte gedrängt und dadurch dicke, nicht membranartige Stimmlippen in Schwingungen versetzt werden; beim Falsetton dagegen werden unter völliger Ausschaltung der Mm. thyr. int. nur die Stimmbandränder angespannt.

Als sehr beachtenswerthe Analogie für die Stimmbandschwingungen führte M. die Schwingungen beim Trompetenblasen an, die er an einem von einem Hornisten geblasenen Instrument stroboskopisch demonstrirt.

(Discussion wird vertagt.)

Sitzung vom 26. März 1897.

Kuttner stellt einen aus einer tuberculösen Familie stammenden Patienten vor, dem er einen röthlich-grauen, höckrigen, leicht blutenden Tumor entfernt hat; mikroskopisch zeigte er das Aussehen einer Granulationsgeschwulst. Im April 96 zeigt sich etwa an derselben Stelle eine ähnlich aussehende Infiltration, die mit scharfem Löffel, Galvanokaustik und Elektrolyse gründlich entfernt wird — dasselbe mikroskopische Aussehen. Ende Februar 97 in der Umwandung der ursprünglich erkrankten Stelle eine Infiltration, ebenso auf der anderen Seite der Nasenscheidewand — abermalige Auskratzung. Mikroskopisch lassen sich Riesenzellen nachweisen, aber keine Bacillen.

Syphilis ist auszuschliessen (Jodkali erfolglos); eine Granulationsgeschwulst ist unwahrscheinlich, da sich später eine Infiltration an der erkrankten Stelle entwickelte, ein Sarkom würde wohl mehr einen Tumor gebildet haben, so dass es sich wahrscheinlich um eine primäre Nasentuberculose handelt.

E. Meyer erwähnt einen ähnlichen in der Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke beobachteten Fall, in dem an derselben Stelle ein ebenso aussehender Tumor gesessen und dessen mikroskopische Untersuchung die Diagnose: Tuberculose wahrscheinlich mache.

Littauer stellt ein fünfjähriges Kind vor mit je einem Spalt in den vorderen Gaumenbögen, von denen es zweifelhaft sein kann, ob er angeboren oder nach Diphtherie entstanden.

Flatau demonstrirt eine 64jährige Patientin mit einem ursprünglich kindsfaustgrossen Rachentumor, der mit einem Stiel an der Fibrocartilago basil. sitzt, mit der hinteren Rachenwand verwachsen ist. Die Geschwulstmasse ist weich und blutet leicht. In den letzten Wochen Kachexie. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Sarkom. — Nach bilopolarer Elektrolyse ist der Tumor um ein Viertel kleiner geworden.

Kuttner sah in einem ähnlichen Falle nach der Anwendung der Elektrolyse eine unangenehme Nachblutung; er hält bei der jetzt so erheblich verbesserten chirurgischen Technik — temporäre Nasenresection, Spaltung des weichen Gaumens — die Radicaloperation für die beste Therapie. Ist eine solche ausgeschlossen oder wird verweigert, mag man die Elektrolyse anwenden.

Flatau. Hier handle es sich um einen inoperablen Fall und habe die bipolare Elektrolyse guten Erfolg aufzuweisen.

O. Heymann zeigt das Präparat eines Rachensarkoms von einem in der Novembersitzung des Jahres 1895 vorgestellten, inzwischen an Lungentuberculose verstorbenen Patienten. Das Sarkom geht von der Tonsille aus und erstreckt sich, auf seiner Oberfläche zahlreiche Knollen aufweisend, bis zur Höhe des Ringknorpels. Der Rand der Epiglottis und die aryepiglottische Falte der entsprechenden Seite sind infiltrirt.

Beckmann zeigt ein grosses Fibrom bei einem 27jährigen Pat., das breitbasig dem Rachendache aufsass, und das er mit der kalten Schlinge in toto abgerissen hatte.

B. Fränkel. Die kalte Schlinge versagt in solchen Fällen oft, indem sie abgleitet. Das Abgleiten sowie die Blutung verhindert man bei Anwendung der warmen Schlinge. In einem ähnlichen Falle hat er mit dem Galvanokauter in den Tumor eine Furche gezogen und in diese die kalte Schlinge angelegt und den Tumor herausgerissen.

A. Rosenberg hat vor einer Reihe von Jahren einen ebensolchen Tumor bei einem operationsscheuen Pat. in der Chloroformnarkose am hängenden Kopfe sehenden Auges mit einer Zange entfernt, nachdem er mittelst eines Gaumenhakens das Velum nach vorne und oben gezogen und so den Nasenrachen dem Auge erschlossen hatte.

Demme stellt eine 42jährige Pat. mit einem von der Gegend des linken Tumorwulstes ausgehenden Sarkom des Nasenrachens vor, das so weit nach unten und vorne reicht, dass es die Uvula nach rechts verschoben und die linke Seite das Velum nach vorne gedrängt hat und den Zungengrund erreicht. In den unteren Partien beginnt der Tumor bereits zu ulceriren. Er bildet wahrscheinlich eine Metastase, da die Pat. bereits seit $^3/_4$ Jahren nachweislich eine wachsende schmerzhafte Lebergeschwulst hat und erst etwa $^1/_2$ Jahr später der Nasenrachentumor als ganz kleine Geschwulst beobachtet werden konnte.

Discussion über den Vortrag Musehold: Ueber Photographie und Stroboskopie des Kehlkopfes.

Flatau hat zwar bisher nur wenig stroboskopische Untersuchungen vorgenommen, glaubt aber, dass die von M. gemachten Betrachtungen keine allgemeine Geltung haben dürften; es habe z. B. beim Brustton kein Verstrichensein des Spaltes beobachten können.

Kuttner kann sich nicht von der physikalischen Unmöglichkeit überzeugen, dass die Stimmbänder, die doch keine starren Körper seien, nicht durchschlagende Schwingungen machen sollen.

Musehold: Ein fester Stimmbandschluss tritt beim Brustton nur bei lautem Ansatz ein, beim piano bildet sich eine feine gerade Glottislinie; dazwischen giebt es Abstufungen; einen Spalt giebt es aber nur beim Falsett. Durchschlagende Schwingungen können deswegen beim Brustton nicht entstehen, weil die Stimmbänder dabei sich rundlich verdicken und wirkliche Lippen darstellen und nicht ihre prismatische Form behalten. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalia.

Der Herausgeber des Centralblatts ist in den englischen Ritterstand erhoben worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, August. 1897. No. 8.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege etc.

1) **Guinard. Behandlung der Aneurysmen der Halsbasis durch die gleichzeitige Ligatur der rechten Carotis communis und der Subclavia. (Traitement des aneurysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites.)** *Annales des malad. de l'or. No. 11. 1896.*

Diese Operation ist nach G.'s Ansicht die einzige, die bei der Behandlung der Aneurysmen der Halsbasis (Aorta ascendens, Truncus brachio-cephalicus, Carotis communis und Subclavia dext.) einen Erfolg aufweisen kann. Da die Operation absolut unschädlich ist, soll sie sofort nach gestellter Diagnose gemacht werden.

E. J. MOURE.

2) **S. A. Basiet. Die Ursache des Catarrhs und seine Folgen. (The cause of catarrh and its effects.)** *Saint Louis Clinique. October 1896.*

Im Schlaf bei Rückenlage rinnt der Schleim der Nase in den Hals hinunter, sammelt sich dort an und verursacht Reizung und Schwellung der Schleimhäute.

FROTHINGHAM (LEFFERTS),

3) **M. B. Brown. Bedeutung des Catarrhs für die Lebensversicherung. (The relation of catarrh to life insurance.)** *Med. Examiner. December 1896.*

B. kommt zu dem Schluss, dass einfacher Catarrh der Aufnahme nicht im Wege stehen soll. Aber der sogenannte Catarrh, der mit Syphilis, Neubildungen oder ähnlichem im Zusammenhang steht, muss zur Abweisung oder wenigstens zur Zurückstellung des Aufnahmesuchenden Anlass geben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

4) **G. Laurens. Die Anästhesie durch Guajacolöl in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie. (Anesthésie par l'huile gaiacolée en otologie, rhinologie et laryngologie.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 1. 1896.*

Verf. hat die ölige Guajacollösung nach Lucas-Championnière bei Para-

centesen des Trommelfells, bei intranasalen Operationen und ähnlichen angewendet. Seine Resultate waren weniger gleichmässig als bei der Cocainisirung.

E. J. MOURE.

5) **Victor Texier. Eine neue Methode der Bromaethyldarreichung in der Oto-Rhinologie. (Nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en oto-rhinologie.)** *Annal. des mal. de l'oreille. No. 3. März 1896.*

Zur Vermeidung übler Zufälle empfiehlt Verf. nicht die wirkliche Narkose abzuwarten, sondern den dieser vorangehenden Zustand zu benutzen. Niemals soll man die Maske länger als 40 Secunden liegen lassen; man entferne sie, wenn die weitgeöffneten Augen des Patienten eine Gefässinjektion der Conjunctiva und gleichzeitig leichte Dilatation der Pupillen erkennen lassen.

E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

6) **James Ball. Einige Bemerkungen zur Diagnostik und Therapie der Nasenkrankheiten. (Remarks on some points in the diagnosis and treatment of nasal diseases.)** *Clinical Journal. 30. December 1896.*

B. bespricht gewöhnliche Fälle von chronischer Naseneiterung, von Nasenverstopfung, Nasenbluten und andere und erörtert dann die Frage der Nasenausspülung.

ADOLPH BRONNER.

7) **Lacroix. Dermatosen des Gesichts und Läsionen der Nasenhöhlen. (Dermatoses de la face et lésions des fosses nasales.)** *Arch. internat. de laryng. etc. No. 5. 1896.*

Verf. sah bei drei seiner Kranken ausgesprochene Rosacea der Wangen und Nasenflügel sich rapide bessern, nachdem die vorher verstopfte Nase wieder luftdurchgängig gemacht war.

E. J. MOURE.

8) **Lavrand. Recidivirende Gesichtserysipele. Ihre Pathogenese und ihre Behandlung. (Erysipèles de la face à répétition. Pathogénie. Traitement.)** *Rev. hebd. de laryngologie. No. 36. 5. September 1896.*

Eine grosse Anzahl scheinbar spontaner recidivirender Gesichtserysipele hat ihren Ursprung in einer Läsion der Nasen- oder Nasenrachen-Schleimhaut. Begünstigt wird das Vorkommen solcher Erysipele durch die Persistenz des adenoiden Gewebes. Bei solchen Patienten muss daher Nase und Rachen und ganz besonders der Nasopharynx gründlich untersucht werden.

E. J. MOURE.

9) **Dohi. Ein Beitrag zur Kenntniss des Rhinophyma.** Aus dem Institut für pathologische Histologie und Bakteriologie des Prof. Paltauf in Wien. — *Arch. f. Dermat. u. Syphil. Prag. XXXVII. Bd. 3. Heft. 1896.*

Nach Vorführung der einschlägigen Literatur definirt Verfasser die von den meisten Autoren: „Rhinophyma" genannte Erkrankung als eine Krankheitsform, die in Erweiterung und Neubildung von Gefässen, Bindegewebsneubildung und

Drüsenhypertrophie ihre wesentlichen Momente findet. An der Hand zweier von ihm beobachteter Fälle beschreibt der Verfasser nun detailirt die histologischen Befunde, die sich in beiden Fällen ziemlich decken. Wegen der Vielgestaltigkeit der vorgefundenen Veränderungen führt er uns die einzelnen Schnitte vor, die einen besonderen Zustand in besonderer Ausbildung vorstellen. Verfasser hält die Veränderung an den Gefässen für die wichtigste und nimmt als Ursache eine Angioneurose an. Durch die Erweiterung der Gefässe kommt es zur Hyperaemie, deren nutritive Störungen sich in Verhornung der Epidermis, Hypersecretion und in Hypertrophie der Drüsen äussern.

CHIARI.

10) **Bergeat. Die Aetiologie der Verbiegungen und Auswüchse am Gerüste des Nasenseptums.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 11. 1896.*

Als Ursachen der Verbiegungen sind anzusehen;

1. Die zu bedeutende Grösse einzelner oder aller Septumplatten im Verhältnisse zur Ausdehnung der sagitto-senkrechten Mittelebene der Nase.
2. Verschiebungen an der oberen und unteren Sagittallinie der Nase.
3. Druck der seitlichen Theile der Nase und Nackengegend.
4. Traumen.

Die Spinen und Cristen des Septums haben als aetiologische Momente:

1. Ein verstärktes Längenwachsthum des streifenförmigen Fortsatzes.
2. Zu winkliger und keilförmiger Knickung des Septums in der Linie des Vomerrandes ist Anlass gegeben durch verticale Hypertrophie der knöchernen Septumplatten und durch Verschiebung der Sagittallinien.
3. und 4. Nasenbeinbrüche und unter den Knorpelbrüchen erwähnte Entstehung ganz vorne befindlicher Spinen.
5. Ungleichmässiges Wachsthum der beiden ursprünglichen Vomerplatten.

Die interessanten Details müssen im Original nachgelesen werden.

SCHECH.

11) **E. J. Moure. Pathologie und Therapie der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand bei kleinen Kindern. (Pathology and treatment of deviations and spurs of the nasal septum in young children.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. Juli 1896.*

Verf. stimmt mit Zuckerkandl überein, dass, von traumatischen Einwirkungen abgesehen, das Nasenseptum nicht vor dem 7. Jahre d. i. zur Zeit der Zahnentwickelung sich zu verbiegen beginnt. Was die Therapie der Excrescenzen und Verlagerungen anlangt, so zweifelt Verf., ob es nothwendig ist, vor dem 10. Jahre einzuschreiten. Alle die chirurgischen Eingriffe, die man vornehmen könnte, setzen das Kind der Gefahr grösserer späterer Deformitäten aus, die dann nachher schwer zu beseitigen wären. Die Anwendung von Stützen, Dilatatoren u. a. ist im Alter von 10—12 Jahren angebrachter. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

12) **E. B. Gleason. Eine neue Operation zur Correction von Nasenscheidewandverbiegungen. (A new operation for the correction of deflections of the nasal chamber.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

In die verstopfte Nasenseite wird nahe dem Nasenboden und parallel dem-

selben eine Säge eingeführt und dann das Septum durchsägt, zuerst transversal, dann vertical, bis ein U förmiger Ausschnitt ausgesägt ist, der die ganze Verbindung umgreift mit Ausnahme ihres oberen Randes. Auf diese Weise entsteht eine knopflochartige Oeffnung mit schräggeschnittenen Rändern, die von einem Lappen bedeckt ist. Der Lappen wird durch das Knopfloch gedrängt, dadurch bleiben die Flächen in Contact.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

13) **J. A. J. James. Die Verbiegung des Septum und ihre chirurgische Behandlung. (The deflected septum and its surgical treatment.)** *Saint Louis Clinique. November 1896.*

Beschreibung und Empfehlung der Asch'schen Operation.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

14) **U. Ribary. Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 4. Heft 3. 1896.*

Als Rhinitis sicca anterior bezeichnet Siebenmann den auf die Schleimhaut des knorpligen Septums beschränkten trockenen Catarrh. Das Leiden wurde innerhalb 4 Jahren unter 621 Fällen von Nasenerkrankung 63 mal (= 9,7 pCt.) beobachtet. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Verf.'s ergeben, dass eine Umwandlung des Flimmerepithels in Pflasterepithel und späterhin eine Atrophie der Schleimhaut sich findet, dass die Rhinitis ant. sicca also eine auf das Septum beschränkte Rhinitis atrophica ist. Die wichtigsten Folgen der Erkrankung sind das habituelle Nasenbluten und das Ulcus perforans septi. Aber auch für Tuberculose, Syphilis, Erysipel und andere Infectionen der Nase bietet die Affection ein wesentliches praedisponirendes Moment. Die Diagnose wird leicht bei der Inspection der Nase ohne Speculum gestellt. Die Therapie muss eingreifen, ehe der Zustand chronisch geworden. Die Krusten werden täglich eingeweicht und entfernt, die afficirten Stellen mit einer Zink- oder Hebrasalbe mit 10 pCt. Bismuthum subnitricum bedeckt.

F. KLEMPERER.

15) **P. Ardin-Delteil. Perforirendes Geschwür der Nasenscheidewand. (Ulcère perforant de la cloison nasale.)** *Nouv. Montpellier Méd. 17. October 1896.*

Verf. bespricht die Geschichte des Ulcus perforans septi anlässlich eines Falles, den er bei einem jungen Manne von 26 Jahren beobachtet hat. Der Kranke bot keinerlei Zeichen von Syphilis oder Tuberkulose. Das Ulcus musste auf das beständige Kratzen mit dem Finger in der Nase zurückgeführt werden, das Nekrose des Knorpels und Ulceration verursacht hatte. Verf. schliesst sich vollständig der Hajek'schen Theorie von der Entstehung dieser Ulcera an.

A. CARTAZ.

16) **Mounier. Die Behandlung des Hämatoms der Nasenscheidewand. (Du traitement de l'hématome de la cloison.)** *Bull. et Mém. d. l. Soc. franç. de laryngol. Rueff édit. Paris. 1896.*

Das Hämatom ist fast stets von Deviation des Septums begleitet. Will man die Durchgängigkeit der Nasenpassage für die Dauer sichern, so darf man sich nicht darauf beschränken, die Blutgeschwulst schnell zu entleeren. Sobald unter

dem Einfluss der Behandlung die Schwellung verschwunden ist, lege man einen Apparat zur Correction der Schiefstellung ein. E. J. MOURE.

17) **Eduard Pynchon. Weiche Hypertrophien des vorderen Theiles der Nasenscheidewand. (Anterior soft hypertrophies of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. November 1896.*

Verf. zerstört diese Verdickungen, indem er parallele Schnitte $^1/_8$ Zoll auseinander mit dem elektrischen Messer in dieselben macht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

18) **Noquet** (Lille). **Fibro-cartilaginöse und celluläre, telangiectatische Geschwulst der Nasenscheidewand. (Tumeur fibro-cartilagineuse et celluleuse, télangiectasique de la cloison des fosses nasales.)** *Bulletin médical du Nord. No. 23. 1896.*

Die nussgrosse Geschwulst, die mit einem cylindrischen Stiel am Septum festsass, verstopfte die rechte Nasenseite. Wiederholt traten reichliche Blutungen auf. Der Tumor wurde mit dem Galvanocauter abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Centrum der Geschwulst bindegewebig-knorplige Structur, an der Oberfläche zelligen Bau. Diese gemischten Tumoren unterscheiden sich nach Verf.'s Beobachtungen von den reinen Angiomen durch ihre geringere Tendenz zu Blutungen, zu Recidiven und zu maligner Degeneration. PAUL RAUGÉ.

19) **P. Blasy. Beitrag zum Studium der malignen primären Tumoren der Nasenscheidewand. (Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Verf. bespricht die verschiedenen Arten von malignen Geschwulstbildungen, die primär am Nasenseptum vorkommen. Er hält dieselben für häufiger, als man gewöhnlich glaubt; ihre schleichende Entwicklung verhindert häufig, sie in ihren Anfangsstadien zu erkennen. Wie überall in der Nase kommt das Sarcom mit seinen Abarten, der fibrösen, encephaloiden und telangiectatischen, vor, und das Epitheliom. Verf. erörtert die Symptome dieser Tumoren, ihre Differentialdiagnostik und die Nothwendigkeit eines frühzeitigen chirurgischen Eingriffs. Er berichtet über mehrere neue Fälle. A. CARTAZ.

20) **Macnaughton Jones. Hypertrophie der Muscheln und ihre Beziehungen zur Taubheit mit besonderer Berücksichtigung der Turbinotomie (Resection der Muscheln). (Hypertrophie des cornets et ses relations avec la surdité et spécialement opération de la turbinotomie [resection des cornets].)** *Rev. hebd. de laryng., d'otol. et de rhinol. No. 17. 25. April 1896.*

Die Hypertrophie der Muscheln ist oft die Ursache oder wenigstens eine ernste Complication der Taubheit. Wo sie besteht, muss sie mit dem Galvanocauter zum Verschwinden gebracht werden. Die Deviationen und Excrescenzen der Nasenscheidewand führen zur Taubheit nur, wenn sie mit Hypertrophie der Muscheln verbunden sind. Sie müssen nichtsdestoweniger stets beseitigt werden, da sie ein Hinderniss für die Nasenathmung darbieten. Die Resection der Muscheln

darf nur dann ausgeführt werden, wenn alle anderen Behandlungsversuche zur Verkleinerung der hypertrophirten Muscheln fehlgeschlagen sind. E. J. MOURE.

21) **Blondiau** (Charleroi). **Einige Bemerkungen zur Transfixion der Muschel. (Quelques observations sur la transfixion du cornet.)** *La Belgique Méd. No. 35. 1896.*

Vergl. Sitzungsbericht vom 7. Juni 1896 der Belg. otolaryngol. Gesellschaft.

BAYER.

22) **J. E. Hett. Behandlung der Hypertrophien der unteren Muschel. (Traitement des hypertrophies du cornet inferieur.)** *La Pratique méd. No. 13. 1896.*

Ueberblick über die Behandlung dieser Hypertrophien; nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

23) **Norval S. Pierce. Submucöse lineare Cauterisation; eine neue Methode zur Reduction hypertrophischer Muscheln. (Sub-mucous linear cauterization; a new method for reduction of hypertrophies of the conchae.)** *Medical Herald. October 1896.*

Unter Cocainanästhesie wird ein Einschnitt in das vordere Ende der Muschel gemacht. Dann wird eine Hohlsonde an der Stelle dieses Schnittes eingeführt und sachte unter der Schleimhaut in dem submucösen Gewebe vorgeschoben, so weit als cauterisirt werden soll. Die Aetzung entlang dem von der Hohlsonde gestossenen Wege wird dann mittelst Chromsäure, die an der Spitze einer Sonde angeschmolzen ist, ausgeführt. Auf diese Weise wird die Schleimhaut nicht zerstört, während doch die Narbe, die erzielt wird, der durch Galvanocaustik gebildeten gleichkommt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Geo Knapp. Beunruhigende Nachblutung nach Abtragung der oberen Muschel. (Alarming secondary hemorrhage following the removal of the superior turbinated body.)** *Louisville Med. Monthly. November 1896.*

Die Blutung wurde durch Tamponiren mit Wattebäuschen gestillt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **Adolph Rupp. Ein Fall von Nasenpolyp bei einem 4 Wochen alten Mädchen. (Report of a case of nasal polypus in a female infant four weeks old.)** *N. Y. Med. Record. 14. November 1896.*

Der röthliche gestielte Polyp war gross genug, um die linke Nasenseite fast völlig zu versperren. Der Ansatz reichte hoch hinauf, möglicherweise an die obere Partie der mittleren Muschel. Ein Theil des Tumors wurde mit der kalten Schlinge, der Rest mittelst einer Buck'schen Ringcurette entfernt. Die Blutung war sehr gering, der Erfolg ein vollständiger. LEFFERTS.

26) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane, Queensland). **Ein eigenthümlicher Nasenpolyp bei einem 7jährigen Kinde. (Peculiar nasal polypus in a child aged seven years.)** *Australian Med. Gazette. 21. December 1896.*

Die Geschwulst erfüllte den Nasenrachenraum und war bei vorderer Rhino-

skopie in der linken Nasenseite zu zu sehen. Sie wurde im Nasopharynx mit der Schlinge umfasst und mittelst Zug durch den Mund entfernt. Der Tumor war fester, als es Nasenpolypen gewöhnlich sind. Ein dünner Stiel ging von der Mitte der Längsachse aus.

(Die Eigenthümlichkeit des Falles scheint im Alter des Patienten zu liegen. Derartige Tumoren sind bei Erwachsenen nichts Ungewöhnliches. Ref.)

A. J. BRADY.

27) **Joucheray. Eitrige Cysten der Nase. (Kystes suppurés du nez.)** *Bull. et Mem. d. l. Soc. Franç. de Laryngologie. Rueff. édit. Paris. 1896.*

Verf. beobachtete einen Fall von multiplen eitrigen Cysten der linken unteren Muschel ohne Ausbreitung auf die Nebenhöhlen. Die Cysten hatten allmälig zum Verschluss der Nasenseite geführt; ihre Eiterung verursachte Schwellung der linken Gesichtsseite mit einem typhösen Fieber. J. eröffnete alle Cysten und entleerte sie; dies allein genügte, sie verschwinden zu lassen. E. J. MOURE.

28) **E. T. Dickerman. Papillom oder papilläres Fibrom der Nase. (Nasal papilloma or papillary fibroma.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. Octob. 1896.*

D. berichtet über die Entfernung einer derartigen Geschwulst bei einem alten Manne. Eine graugelbliche blumenkohlartige Masse erfüllte die rechte Nasenhöhle. Der Charakter des Tumors wurde durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt. Ein Recidiv trat nicht ein. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

29) **Linsenmann. Das Fibrosarcom der Nase.** Dissert. Würzburg. 1896.

16jähr. Junge mit einem von der Schädelbasis ausgehenden Tumor. Spaltung des weichen Gaumens, Abtragung des Tumors.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab es sich, dass es sich im wesentlichen um eine ursprünglich gutartige Neubildung chondroiden Charakters handelt, welche erst in secundärer Linie den, von der Umgebung der Gefässe seinen Ursprung nehmenden, Charakter des Sarcoms aufweist, so dass man hierfür die Bezeichnung Chondrofibrosarcom setzen muss. Nach $^1/_2$ Jahre Recidiv.

SEIFERT.

30) **G. M. Black. Sarcom der Nase durch operativen Eingriff geheilt. (Nasal sarcoma cured by operation.)** *N. Y. Med. Journal. 15. August 1896.*

B.'s Fall betrifft eine 38jährige Frau. Das Interesse der Mittheilung liegt einerseits in der Seltenheit der Krankheit, andererseits in der noch viel grösseren Seltenheit ihrer Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **B. Douglass. Primäres Carcinom der unteren Muschel. (Primary carcinoma of inferior turbinated body.)** *N. Y. Med. Record. 8. August 1896.*

Verf. zieht aus dem bemerkenswerthen Falle den Schluss:

1. Dass Carcinom, primär und intranasal, in einer der gewöhnlichen Rhinitis so ähnlichen Form vorkommen kann, dass es übersehen wird. Die unterscheidenden Merkmale sind der Schmerz und wiederholte Blutungen.

2. In allen Fällen von nasaler Ulceration von einiger Ausdehnung ist eine

sorgfältige mikroskopische Untersuchung eines Stückes aus der Ulcerationsfläche das einzige zuverlässige Mittel für eine frühe Diagnose.

3. Die Frühdiagnose allein sichert die Chance eines operativen Eingriffs.

4. Das primäre Carcinom der Muschel kommt vor und sollte bei allen Ulcerationen der Nase differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

5. Carcinom der unteren Muschel kann ohne Betheiligung des Antrum vorkommen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

32) **Moty. Ueber die Fauchard'sche Krankheit. (Notes sur la maladie de Fauchard.)** *Gaz. des Hôpitaux. 22. Juli 1896.*

Nach den anatomisch-pathologischen Untersuchungen, die M. angestellt hat, ist die Fauchard'sche Krankheit im wesentlichen charakterisirt durch eine progressive Obliteration der Pulpahöhle und durch eine Sklerose der Pulpa. Diese Sklerose muss nach dem Verlauf der Krankheit eine secundäre sein; sie folgt der Compression der Pulpa durch das neugebildete Zahnbein. Die Ueberproduction von Dentin selbst ist als eine Ernährungsstörung anzusehen, derart, dass ein Uebermaass von Kalksalzen sich im Organismus ansammelt.

A. CARTAZ.

33) **S. P. Gerhard. Acute parenchymatöse Zungenentzündung. (Acute parenchymatous glossitis.)** *Codex Medicus. December 1896.*

Bericht über einen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **Escat. Phlegmonöse Zungenmandel-Entzündung. Angina lingualis von David Craigie. Glossitis basalis von A. Broca. (Amygdale linguale phlegmoneuse. Angine linguale de David Craigie. Glossite basique d' A. Broca.)** *Revue hebd. de laryngol. d'otol. etc. No. 5. 1. Februar 1896.*

Die Affection wurde bei einem Manne von 33 Jahren im Anschluss an eine acute Angina beobachtet. Als Symptome wurden verzeichnet: Intensive Dysphagie, einseitiger Schmerz über dem Zungenbein, Anschwellung der seitlichen submaxillaren und der medianen Drüsen über dem Zungenbein; Sprachstörung; Immobilisation der Zunge am Mundboden und schliesslich eine einseitige rothe Geschwulst der Zungentonsille. Der Abscess öffnete sich spontan in Folge der Anstrengungen beim Versuch der hinteren rhinoskopischen Untersuchung.

E. J. MOURE.

35) **Redact. Notiz. Grassirende Halskrankheit. (Prevailing disease of the throat.)** *Western Med. Journal. December 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **H. Illoway. Die Verhütung infectiöser Halskrankheiten bei Kindern. (The prevention of infectious throat diseases in children.)** *Babyhood. December 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

37) **Ad. Hebert. Klinische und bakteriologische Untersuchungen über die durch den Friedländer-Bacillus verursachten Anginen (Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacille de Friedländer.)** *Thèse de Paris. 1896.*

H. bespricht eine Form von subacuten und chronischen Anginen, die durch die Anwesenheit weisslich-gelblicher, wenig ausgebreiteter, der unterliegenden Schleimhaut adhärirender und nach der Entfernung sehr schnell sich wieder bildender Pseudomembranen charakterisirt sind. Diesen Anginen sind keinerlei ernste Symptome eigen, kein Fieber, nur geringe Empfindlichkeit im Halse. Sie ähneln im Aussehen den Rachenmykosen und sie können nur durch die bacteriologische Untersuchung, die das Vorhandensein des Friedländer'schen Bacillus enthält, sicher diagnosticirt werden.

A. CARTAZ.

38) **Thos. B. Hegeman. Ein Angelhaken entfernt aus dem Halse eines Kindes durch Manipulation mit den Fingern. (A fishhook removed from an infants throat by digital manipulations.)** *N. Y. Med. Record. 26. September 1896.*

Der Faden, an dem der Haken sass, reichte einen Zoll lang zum Munde heraus. Der Haken steckte tief im Pharynx; mit dem an dem Faden entlang eingeführten Zeigefinger und Daumen der rechten Hand konnte man seinen oberen Theil fühlen. Es wurde nun noch der Zeigefinger der linken Hand eingeführt und unter rotirenden Bewegungen gelang es, den Haken zu lösen und herauszuziehen.

LEFFERTS.

39) **Colin. Behandlung der Leptothrixmycose mit Eisenchlorid. (Traitement de la mycose leptothrixique par le perchlorure de fer.)** *Archives internat. de laryngol. No. 5. 1896.*

Durch Pinselungen mit dem gewöhnlichen käuflichen Eisenchlorid (26 Theile Eisenchlorür auf 74 Theile Wasser) brachte Verf. eine über die Mandeln, den Rachen, Nasenrachen und Zungengrund ausgebreitete Mycose bei einem 22jährigen Mädchen radical zur Heilung.

E. J. MOURE.

40) **E. Springthorpe. Ein Fall von tuberculösem Geschwür des Rachens durch Tuberculin geheilt. (A case of tubercular ulcer of the pharynx cured by tuberculine.)** *Austral. Med. Gazette. 21. November 1896.*

Vorstellung des Falles in der Victorian Branch der B. M. A. Nach 18 Monaten nochmalige Vorstellung. Das Geschwür bleibt geheilt; der Allgemeinzustand des Patienten ist ein guter.

A. J. BRADY.

41) **Mounier. Seltene pharyngeale Localisationen bei der hereditären Syphilis. (Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire.)** *Bulletin et Mem. d. l. Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Gewisse gummöse Ulcerationen, die im Cavum pharyngis ihren Sitz haben, erwecken keinen Verdacht und sind überhaupt nur bei der Rhinoscopia posterior zu sehen. Verf. berichtet über 3 Fälle, die er bei Mädchen von 11, 18 und 22 Jahren beobachtet hat; dieselben klagten nur über Schluckbeschwerden.

E. J. MOURE.

42) **Conetoux. Adhäsionen des Gaumensegels. (Des adhérences du voile du palais.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 9. 1896.*

Verf. erinnert an einen Fall, den er 1893 publicirt hat. Es handelte sich um eine totale Adhäsion des Gaumensegels auf syphilitischer Basis. Verf. zerstörte die Verwachsung mit dem Galvanokauter und legte einen Apparat ein, den er unter der Bezeichnung „palais à cheminée" beschrieb. Der Apparat verstopfte sich nach wenigen Tagen; er wurde wieder frei gemacht und seither ist alles in Ordnung geblieben. Dieser Erfolg spricht für die Prothese. E. J. MOURE.

43) **Brindel. Verengerungen des Isthmus faucium. Ihre Pathogenese und ihre Behandlung. (Des retrécissements de l'isthme du pharynx. Leur pathogénie et leur traitement.)** *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinolog. No. 18 u. 19. 2. u. 9. Mai 1897.*

Eine Betrachtung über die Anatomie und Physiologie des Gaumensegels bildet den Anfang der interessanten Arbeit und gewissermaassen auch ihren Ausgangspunkt, da, wie Verf. im pathologischen Theile sagt, „die Krankheit in gewissem Sinne die physiologischen Phänomene copirt". Der Isthmus pharyngis ist gebildet aus einem Muskelring, einem richtigen Sphincter. Der Beginn von Verengerungen desselben ist bisweilen schleichend. Sobald die Stenose ein wenig vorgeschritten ist, enthüllt sie sich durch Schluckbeschwerden, Störungen der Athmung, der Stimme und des Gehörs, des Geruchs und Geschmacks, durch die Unfähigkeit sich zu schnäuzen und durch mehr oder weniger deutliche objective Zeichen. Diese letzteren variiren vom vollkommenen Verschluss bis zur leichten Annäherung der hinteren Bögen oder öfter eines derselben an die Mittellinie des Rachens.

B. stellt eine grössere Zahl von Fällen zusammen; mehrere davon sind persönliche Beobachtungen, die B. auf der Clinique de la Faculté de Bordeaux (Abtheilung des Referenten) zu machen Gelegenheit hatte. Aus dem gesammten Material ergeben sich als Ursachen der Verengerung, der Häufigkeit nach geordnet, die Syphilis, die langsam verlaufende Tuberkulose, dann Traumen, die gangränöse Angina und endlich die Variola.

Bezüglich der Pathogenese der Rachenstenose hält Verf. keine der bisherigen Theorien für ausreichend; er selbst ist zu folgender Anschauung gelangt. Zuerst entsteht eine Muskelschwäche und Erschlaffung des gesammten Segels. Dann begrenzt sich die Affection; immer sind die hinteren Bögen besonders ergriffen; die Elevatoren des Velum palatinum gewinnen ihre Actionsfähigkeit wieder und sie bewirken eine Erhebung des Ganzen gleichzeitig mit einer Annäherung der hinteren Bögen an die Mittellinie. Der Verschluss wird vollständig durch die Retraction des Narbenringes des Isthmus pharyngis und die Verwachsung der Bögen und des Segels mit der hinteren Wand.

Die beste Behandlung ist die progressive Dilatation der Oeffnung, wo eine solche besteht, oder zuerst die Anlegung einer solchen mit dem Galvanokauter und nachfolgende Dehnung. Die Arbeit B.'s enthält eine gute Bibliographie.

E. J. MOURE.

44) **Delie. Ein Fall von papillomatösen Vegetationen des Isthmus faucium, des Rachens und des Kehlkopfs bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. (Un cas de végétations papillomateuses de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx chez un enfant de 2 ans $^1/_2$.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 42. 17. October 1896.*

Man sah warzige Bildungen an der Vorderfläche des Gaumensegels, an den Gaumenbögen und Mandeln im Rachen und im Kehlkopf. Dieselben verursachten eine hauptsächlich inspiratorische Dyspnoe. Die Anamnese liess an hereditäre Syphilis denken; der schnelle Erfolg der eingeleiteten spezifischen Behandlung sicherte die Diagnose. E. J. MOURE.

45) **A. Courtade** (Paris). **Behandlung der peripharyngealen Abscesse. (Traitement des abscès peripharyngiens.)** *Journ. de practiciens. 15. December 1896.*

Ganz allgemein müssen alle diese Abscesse sogleich entleert werden, sobald die Diagnose gestellt ist. Die Stelle der Incision wechselt aber mit dem Sitze des Abscesses. Man incidire vom Munde aus, wenn der Abscess median liegt, d. h. ausgeht von Vereiterung einer der im oberen Rachen zu beiden Seiten der Mittellinie gelegenen Drüsen. Dagegen ist der Hautschnitt angezeigt, sobald die Eiterung ausgeht von einer der an der Seitenwand belegenen Drüsen, in welche die Lymphgefässe des Gaumensegels, der buccalen Mandeln und der seitlichen Rachenwände sich ergiessen. PAUL RAUGÉ.

46) **A. Jefferis Turner** (Brisbane, Queensland). **Der Retropharyngealabscess in der Kindheit. (The retro-pharyngeal abscess of infancy.)** *Austral. Medical Gazette. 21. December 1896.*

Die Symptome sind Erschwerung der Athmung, die während des Schlafes stark zunimmt, und bisweilen Dysphagie. Als Ursache dieser Symptome erkennt man leicht eine Hervorwölbung und Schwellung an der hinteren Rachenwand, die schwer mit dem Auge wahrzunehmen, aber leicht mit dem Finger zu fühlen ist. Die Krankheit hat mit Scrophulose gar nichts zu thun und muss von dem Abscess, der die Wirbelcaries begleitet, unterschieden werden. Es handelt sich um eine Entzündung und Eiterung der retropharyngealen Lymphdrüsen. Die eigentliche Ursache ist wahrscheinlich ein nasaler oder nasopharyngealer Catarrh. Die Mehrzahl der Fälle kommt im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahre vor. Die Behandlung besteht in der sofortigen Incision; der directe Einschnitt in die geschwollene Partie des Rachens ist dem Einschnitt am Halse vorzuziehen. A. J. BRADY.

d. Diphtheritis und Croup.

47) **C. Fränkel. Die Bekämpfung der Diphtherie.** Vortrag, gehalten in Kiel. Referirt von G. Sobernheim. — *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 40 u. 41. Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 38.*

Die Diphtherie nimmt in Deutschland unter den Todesursachen den dritten Platz ein, nach den Erkrankungen des Darmcanals und der Tuberculose. Sie ist die wichtigste Todesursache für das Alter vom 2. bis 15. Jahre.

Die Bekämpfung einer Seuche hat zur Voraussetzung die genaue Kenntniss der Seuchenentstehung. Der Erreger der Diphtherie ist der 1884 von Löffler entdeckte Bacillus, dessen Bedeutung nur noch von einigen Zweiflern angefochten wird. Die Gründe, welche gegen ihn in's Feld geführt werden, sind mehrere. Zunächst die Thatsache, dass die Diphtheriebacillen vermisst werden können und vermisst werden in Fällen, die man nach ihren klinischen Erscheinungen als echte Diphtherie ansehen muss. Das hat darin seinen Grund, dass die Untersuchung nicht leicht ausführbar sei, Uebung und Erfahrung fordern. Negative Befunde liefern nur den Beweis, dass auch andere Microorganismen, Streptococcen, Krankheitsbilder hervorrufen können, die der Diphtherie zwar ähnlich, aber im Grunde doch verschieden von ihr seien. Eine Revision unserer Krankheitsbegriffe auf ätiologischer Grundlage sei dringend nothwendig. In Frankreich habe man dieselbe bereits entschlossen durchgeführt. Man spreche dort längst von Staphylococcie, Streptococcie, Colibacillose. In Deutschland sei man in dieser Beziehung zurück. In der That hat sich aber auch bei uns schon die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass neben der echten Stäbchendiphtherie eine Kokkendiphtherie existire und, wenn dadurch dies Gebiet der Diphtherie auf der einen Seite eingeschränkt sei, so habe es auf der anderen an Ausdehnung gewonnen, da man den Diphtheriebacillus unter Verhältnissen gefunden habe, bei denen man auf sein Vorkommen nicht gefasst gewesen sei: bei einfachen Anginen ohne Häutchenbildung, bei membranösen Entzündungen der Conjunctiva, bei Catarrhen der Nase, der Rhinitis fibrinosa. Derartige Befunde seien indess nicht im Stande die Bedeutung der Löffler'schen Bacillen zu erschüttern. Die schwankende Virulenz der Infectionserreger, die wechselnde Empfindlichkeit der Individuen gäben eine ausreichende Erklärung für die Unterschiede im Krankheitsverlauf. Auch der Umstand, dass man die Löffler'schen Bacillen auf der Schleimhaut gesunder Personen gefunden habe, wie das auch von den Erregern der Pneumonie, des Typhus, der Cholera, der Tuberculose bekannt sei, nöthige nur zu der Annahme, dass, um die Krankheit hervorzurufen, noch gewisse begünstigende Umstände erforderlich seien, die dem Individuum die Disposition verleihen, zu erkranken. Worin diese Disposition bestehe, sei nicht mehr so unklar, wie früher. Man weiss, dass der Löffler'sche Bacillus seinen schädigenden Einfluss ausübe durch Gifte, die er absondere. Der Körper andererseits erzeugt Gegengifte, Antitoxine. Diesen Antitoxinen begegnet man auch im Blute gesunder Personen, die nie an Diphtherie gelitten haben. Die Gegenwart oder die Abwesenheit dieser Antitoxine ist es, welche die einen schützt, den anderen die Disposition zu Erkrankung verleiht. Diese Antitoxine finden sich sogar schon im Blute Neugeborener, so dass die vererbte Qualität des Blutes vielleicht die Erscheinung erklärt, dass gewisse Familien besondere Neigung zu Diphtherieerkrankung aufweisen, andere nicht. Neben dieser allgemeinen Disposition muss man noch eine örtliche annehmen, insofern die zarten Schleimhäute der Kinder der Infection geringeren Widerstand entgegenzusetzen vermögen. Die Zweifel an der ätiologischen Bedeutung des Bacillus seien auch durch die mangelhafte Uebereinstimmung des durch denselben beim Thier zu erzeugenden Krankheitszustandes mit der menschlichen Diphtherie

nicht gerechtfertigt, da derselbe Microorganismus nicht bei den verschiedenen Thierarten in durchaus identischer Weise zu wirken brauche.

Die Quellen der Infection sind nun regelmässig die erkrankten Schleimhäute, namentlich der Rachen- und Halsorgane, der Nase, deren Nebenhöhlen, die Conjunctiva, aber auch die Haut, eventuell bei den schwächsten Formen der Angina die Halsschleimhaut und lange Zeit in die Reconvalescenz hinein die Schleimhaut des Genesenden. Auch gesunde Personen können die Verbreitung des Infectionsstoffes vermitteln. Selbst die Möglichkeit der Uebertragung durch todte Objecte, Spielzeug, Bettwäsche etc. erkläre sich aus den Lebenseigenschaften der Bacillen, die an kühlen, feuchten, dunkeln Räumen sehr gut gedeihen, aber auch an andern wenigstens nicht sofort zu Grunde gehen. Immerhin bleibt der Mensch die Hauptquelle, von der aus die Infection auf kürzerem und längerem, bald leicht, bald schwer zu erkennendem Wege zu Stande kommt.

Was das eigentliche Thema, die Bekämpfung der Diphtherie angeht, so liegt der Gedanke, den Feind unmittelbar anzugreifen und zu vernichten, am Nächsten.

Innerhalb des menschlichen Körpers kommt dafür zunächst die örtliche Therapie mit Hülfe desinficirender Lösungen, Löffler's Mischung, Sublimat etc. in Betracht; weiter die Anwendung des Behring'schen Serums, das, wenn es auch nur die Toxinwirkung paralysirt, doch durch Abkürzung des Krankheitsverlaufs auch die Ansteckungsgefahr herabmindert.

Ausserhalb des Körpers bedienen wir uns der verschiedenen Desinficientien. Die Auswurfstoffe und Absonderungen der Kranken, die Wäsche, Taschentücher etc. müssen sofort in desinficirende Flüssigkeiten gebracht werden. Ess- und Trinkgeschirre sind in siedendem Wasser zu reinigen. Die weitere Umgebung, Kleider, Zimmer, Bett ist nach allgemeinen Grundsätzen zu desinficiren.

Es handelt sich aber weiter darum, den hauptsächlichsten Infectionsheerd zu isoliren. Also Abschliessung der Gesunden von den Kranken. Da namentlich die gemeinschaftliche Benutzung der Küche seitens der Gesunden und des Pflegepersonals die Uebertragung ermöglicht, ist in den Krankenzimmern eventuell ein eiserner Kochheerd zu errichten. Wo die Wohnungsverhältnisse die Trennung nicht gestatten, ist die Fortbringung in das Krankenhaus das einzige Mittel. Dieselbe ist eventuell zwangsweise durchzuführen, denn die Freiheit des Individuums muss ihre Grenze finden, wo sie zu einer Gefahr für die Allgemeinheit wird.

In den Krankenhäusern müssen Stationen errichtet werden, in denen die Reconvalescenten so lange bleiben, bis sie frei sind von Löffler'schen Stäbchen. Ebenso wie die an echter Diphtherie Erkrankten sind abzuschliessen alle die mit andern Affectionen Behafteten, bei denen die Diphtheriebacillen nachgewiesen sind, die Kranken mit anscheinend harmlosen Catarrhen der Nase und Conjunctiva u. s. w., ferner die nächste Umgebung der Erkrankten, das Warte- und Pflegepersonal, das sonst die Ursache neuer Ansteckung werden kann.

F. verhehlt sich nicht, dass diese Forderungen sich zunächst nicht werden erfüllen lassen, aber er will wenigstens das als logische Folgerung aus seinen Ansichten sich ergebende Ziel klar und deutlich aussprechen.

Andere Maassnahmen sind jetzt schon durchführbar. So die Beaufsichtigung der Schulen.

Die wichtigste Aufgabe der Prophylaxe ist aber die Aufspürung der Bacillen und für diese ist unerlässlich die bacteriologische Untersuchung aller der Personen, die an verdächtigen Erkrankungen leiden. Dazu müssen eigene Untersuchungsstationen errichtet werden, deren Zahl und Dienstkreis sich vor der Hand nicht genau bemessen lässt, nur so viel ist sicher, dass die Entfernungen nicht zu grosse sein dürfen.

Die von den geschulten Untersuchern ermittelten Resultate sind sofort eventuell telegraphisch mitzutheilen. Die Untersuchung selbst muss unentgeltlich sein. Die nordamerikanischen Städte, aber auch Paris, Brüssel, Dresden, Königsberg, Bremen, Hamburg sind so vorgegangen. Leider habe man sich in Berlin noch nicht dazu entschlossen.

Jeder einzelne Fall ist ferner anzuzeigen.

Die weiteren Maassnahmen zur Bekämpfung bestehen in Herabsetzung der Disposition durch prophylactische Gurgelungen und durch Immunisirung mit Behrings Serum.

Dass neben dieser spezifischen Prophylaxe der Diphtherie alle die Mittel, die sich im Allgemeinen gegen alle Infectionskrankheiten richten, nicht vernachlässigt werden sollen, versteht sich von selbst. LANDGRAF.

48) **Brieger** und **Boer. Ueber die Toxine der Diphtherie und des Tetanus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 49.*

Es gelang den Autoren, durch im Original nachzulesende Methoden die eigentlichen Diphtherietoxine zu trennen von den Bacterienleibern. Das Diphtherietoxin wird durch reducirende Substanzen gar nicht angegriffen, wohl aber durch oxydirende. Die Bacterienleiber sind Träger eines necrotisirenden Giftes. Dasselbe ist von grosser Widerstandskraft gegen die gebräuchlichen Agentien.

LANDGRAF.

49) **Redact. Notiz. Die Unterscheidung echter Diphtheriebacillen von morphologisch gleichen oder ähnlichen Bakterien. (The differentiation of true diphtheria bacilli from morphologically identical or similar bacteria.)** *Medical Review. 10. October 1896.*

Der Verf. bespricht die Probe mittelst des antitoxischen Diphtherieheilserums.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **H. W. Gross. Der Klebs-Loeffler'sche Bacillus in anscheinend gesunden Hälsen und Nasen. (The Klebs-Loeffler bacillus in apparently normal throats and noses.)** *University Med. Magazine. October 1896.*

Von 314 untersuchten normalen Hälsen und Nasen enthielten 79 pCt. den Diphtheriebacillus. Die Nase war der hauptsächliche Aufenthaltsort desselben, in 65 pCt. der Fälle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

51) **J. V. Scott. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. November und December 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

52) **J. Reid Mackay. Kurzer Bericht über den Werth der bakteriologischen Untersuchung bei Diphtherie. (Short notes on the value of the bacteriological examination in diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1896.*

Nichts Neues. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE.)

53) **Francis H. Williams. Die Verhütung der Ausbreitung der Diphtherie mittelst der bakteriellen Prüfung. (The prevention of the spread of diphtheria by means of the bacterial test.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 3. December 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

54) **Redact. Notiz. Verbreitung von Diphtherie durch Kaninchen. (Diphtheria spread by rabbits.)** *N. Y. Med. Record. 7. November 1896.*

Die Diphtheritis brach alljährlich in einem Schulhause aus, in dem ein Kaninchenstall sich befand; von da aus verbreitete sich die Krankheit. Es wurde der weise Entschluss gefasst, den Bau durch Feuer zu zerstören.

LEFFERTS.

55) **W. H. Park. Die Mischinfection und die Virulenz der Diphtheriebacillen. (Mixed infection and virulence of diphtheria bacilli.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1896.*

Einige Krankengeschichten und statistische Notizen; nichts Neues.

LEFFERTS.

56) **B. F. Dike. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. November 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

57) **J. A. Robertson. Diphtherie, Pseudodiphtherie und membranöser Croup. (Diphtheria, pseudo-diphtheria and membranous croup)** *Louisville Medical Monthly. December 1896.*

Ein Uebersichtsartikel. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

58) **H. M. Nash. Croupöse Laryngitis oder pseudomembranöser Croup. (Croupous laryngitis or pseudomembranous croup.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 25. December 1896.*

Verf. hält die Identität von Croup und Diphtherie nicht für erwiesen; er führt verschiedene Autoritäten auf, die dieselbe Meinung vertreten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

59) **M. Richards. Diphtherie nach Scharlach. (Post scarlatinal diphtheria.)** *Lancet. 26. September 1896.*

Die postscarlatinöse Diphtherie hängt von der Menge und Virulenz der unter der Bevölkerung, der die Patienten zugehören, herrschenden Diphtheritisepidemie ab. ADOLPH BRONNER.

60) **Redact. Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical Review. 5. December 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

61) **Redact. Bemerkung. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Kansas Med. Journal. 5. December 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

62) **A. Russow. Hirnabscess nach Diphtherie.** Pädiatr. Gesellsch. zu Petersburg. — *Wratsch. No. 40. 1896.*

Verf. stellt ein Gehirn vor mit Abscessen im vorderen Theil der rechten Hemisphäre des Grosshirns, im Schläfentheil, unter den Corpora striata, im Vierhügel und im kleinen Hirn, die P. als Folge der Rachendiphtherie ansehen möchte.

P. HELLAT.

63) **H. Jackson. Die Fütterung durch die Nase bei Diphtherie. (Nasal feeding in diphtheria.)** *Archives of Pediatrics (N. Y.). Juli 1896.*

Verf. weist die Vortheile dieser Ernährungsweise nach.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Wm. B. Small. Neuere Fortschritte in der Diagnose und Behandlung der Diphtheritis. (Recent progress in the diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Annals of Gynecology and Paediatry. December 1896.*

Die Darlegungen basiren nicht auf eigenen Beobachtungen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

65) **L. de Moor** (Gent). **Die Behandlung der Diphtherie. (De behandeling der diphtherie.)** *Med. Weekblad. II. No. 52.*

Ausführlicher Uebersichtsartikel. H. BURGER.

66) **E. C. Underwood. Prognosis und Behandlung der Diphtheritis. (Prognosis and treatment of diphtheria.)** *New Albany Med. Herald. November 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

67) **Redact. Notiz. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its therapy.)** *The Med. Progress. December 1896.*

Nichts Originelles. LEFFERTS.

68) **S. Schwarz. Sozojodol bei Diphtherie. (Sozojodol in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 5. September 1896.*

Bei Kindern unter 2 Jahren bläst S. 4stündlich folgendes Pulver in Nasen- und Rachenhöhle ein:

Natric. sozojodol. (subtilis. pulverat.) 2,70
Flores sulfur. 5,40
Saccharin 0,90.

Bei Kindern von 2—4 Jahren nimmt er gleiche Theile Schwefel und Natr. sozojodol. mit einem Zusatz von Saccharin, bei Kindern über 4 Jahren bloss das Sozojodolsalz mit etwas Saccharin ohne Schwefel. Das Mittel soll nach Verf. ebenso prophylaktisch wie heilend wirken. LEFFERTS.

69) **Edward Anderson. Behandlung der Kehlkopfdiphtherie. (Treatment of laryngeal diphtheria.)** *Maryland Med. Journal. 28. November 1896.*

Verf. empfiehlt Calomel in innerlicher Anwendung und in Fumigationen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

70) **C. Höring. Pyoctanin bei Behandlung von Diphtheritis. (Pyoctanin in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 5. September 1896.*

Der Verf. rühmt in enthusiastischer Weise die locale Anwendung von Pyoctanin bei Rachendiphtherie. Die Application soll mehrmals täglich wiederholt werden. In schweren Fällen will H. auch das Serum angewendet wissen, jedoch ohne Ausschluss der genannten Localbehandlung.

LEFFERTS.

71) **E. L. Linder. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Medical Brief. October 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

72) **Elsaesser. Atropin bei Behandlung der Rachendiphtherie. (Atropine in the treatment of pharyngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 10. October 1896.*

Rp. Atropin. sulfur. 0,0027
Cocain. muriat. 0,045
Aqu. amygd. amar. 18,0

M. D. S. 1 Tropfen stündlich für je 1 Lebensjahr bei Kindern; bei Erwachsenen je nach der Constitution und der Schwere der Krankheit 10--15 Tropfen stündlich.

Die Häufigkeit der Darreichung ist wesentlich, im Anfang soll das Mittel deshalb auch während der Nacht genommen werden. Die Ernährung muss sorgfältig überwacht werden.

LEFFERTS.

73) **Robert Aberdein. Bromide als Heilmittel bei Diphtherie. (Bromides as a cure in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 24. October 1896.*

Verf. giebt Ammonium bromatum (7,5 auf 120 Wasser). Nachdem der Mund mit warmem Wasser gespült, wird er mit 1 Theelöffel der Bromlösung gewaschen und dann 1 Theelöffel voll geschluckt. Dies wird 2stündlich wiederholt. Von 36 Fällen verlor Verf. nur 2, auch diese erst nach Reinigung des Halses durch plötzliche Syncope. Er hält das Mittel für nahezu specifisch; zum Serum überzugehen hatte er keinerlei Veranlassung, ohne indess gegen dieses voreingenommen zu sein.

LEFFERTS.

74) **Grätzer** (Sprottau). **Tinctura Myrrhae bei Diphtherie.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 47. 1896.*

Schon von Ströll empfohlen, machte G. Versuche mit der Myrrhentinctur und hatte gute Erfolge damit. G. giebt das Mittel innerlich und zwar: Rp. Tinct. Myrrhae 4,0, Glycer. 8,0, Aqu. dest. ad 200,0, stündlich 1 Kaffeelöffel voll, daneben verordnet er auch ein Chinadecoct, unterlässt aber eine locale Behandlung; die Dauer der Krankheit soll dadurch beträchtlich abgekürzt werden.

SCHECH.

75) **Variot. Indicationen für den operativen Eingriff bei der Behandlung des Croup. (Indications de l'intervention opératoire dans le traitement du croup.)** *Journal de Clinique et de Therapeut. Infantile. 24. September 1896.*

Die Indication zum chirurgischen Eingriff hängt von dem Kräftezustand und der Widerstandsfähigkeit des Kranken ab. Man entschliesse sich frühzeitig zur Intubation oder Tracheotomie bei sehr jungen Kindern und bei solchen, die durch frühere Krankheiten oder zahlreiche Erstickungsanfälle sehr geschwächt sind. Bei kräftigeren Kindern im Alter von 4—6 Jahren dagegen kann man eher etwas zuwarten.

PAUL RAUGÉ.

76) **Hector Cameron. Was ist für den Erfolg oder Misserfolg der Tracheotomie bei Kindern verantwortlich? (What are the elements of success and failure in tracheotomy in children.)** *Brit. Med. Journal. 17. September 1896.*

Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung der B. M. A. in der Section für Kinderheilkunde. Verf. bespricht die grosse Gefahr des zu langen Wartens mit der Operation. Wenn die Tracheotomie in einem frühen Stadium der Krankheit nöthig wird, so ist der Erfolg nicht so gross, als wenn die Operation in einem späteren Stadium ausgeführt wird. Verf. bespricht dann die Gefahren der Blutung, den Prolaps der Thymusdrüse in die Wunde, das Emphysem und den plötzlichen Athemstillstand im Moment der Einführung der Canüle. Diese Complicationen sind durch Operationsfehler bedingt. Andere Complicationen sind solche von Seiten der Lunge, Wunddiphtherie, Zellgewebsentzündung, Septicaemie etc. Ueber die Intubation und die Serumtherapie besitzt Verf. keine Erfahrungen.

Tubby braucht keinen Tracheotomiehaken und kein Zelt bei der Nachbehandlung. Die Metallcanüle ersetzt er nach dem ersten Tage durch eine von Hartgummi.

Auch Cummins verwirft das Zelt.

Adolph Bronner hält dafür, dass man, wenn immer möglich, die Intubation vor der Tracheotomie versuchen solle. In drängenden Fällen, wenn Assistenz nicht zur Verfügung steht, soll die Tracheotomie hoch oben gemacht werden, dicht unter dem Ringknorpel. Das Heilserum scheint auf die Membranen die Wirkung zu haben, dass sie sich früh und in kleinen Fetzen ablösen.

ADOLPH BRONNER.

77) **John Bark. Zwei Fälle von Diphtherie, in denen das Curettement der Trachea nach der Tracheotomie vorgenommen wurde. (Two cases of diphtheria in which curetting of the trachea was employed after tracheotomy.)** *Lancet. 25. Juli 1896.*

Im ersten Fall wurden die Trachea und beide Bronchen nach der Tracheotomie mit einem kleinen Volkmann'schen Löffel in Zwischenräumen von 4 bis 6 Stunden 12mal ausgekratzt. Der Patient genas. Im zweiten Fall wurde die Ausschabung 6mal wiederholt. Nach dem ersten Curettement trat ein chirurgisches Emphysem ein, das sich über Brust und Bauch verbreitete. Dasselbe ver-

schwand nach 10 Tagen. Auch dieser Fall heilte. Der Verf. hält sein Verfahren für eine neue und nützliche Behandlungsmethode.

ADOLPH BRONNER.

78) **Charmeil. Croup; 6 Monate hindurch fortgesetzte Intubation. (Croup, intubation prolongée pendant 6 mois.)** *Bull. méd. du Nord. 23. Oct. 1896.*

Bericht über den weiteren Verlauf des von Henry publicirten Falles (Bull. med. du Nord. 22. Novemb. 1885), in dem ein kleines Mädchen wegen Croup intubirt war und die Tube nicht hatte entfernt werden können. Verf. sah das Kind zuerst am 8. November und versuchte die Tube herauszunehmen; sofort tritt inspiratorischer Stridor ein und das Kind wird asphyktisch. Die larygoskopische Untersuchung, die grosse Schwierigkeiten bietet, zeigt beide Stimmbänder nahe der Mittellinie. Die Tube wird wieder eingelegt. Zwei weitere Extubationsversuche verliefen ebenfalls fruchtlos. Am 2. December erzielt Verf. durch Chloralhydrat und Inhalation von ein wenig Chloroform eine Art Narkose, die die Herausnahme der Tube ermöglicht. Wieder wird unmittelbar darauf die Athmung schlecht und Athemnothanfälle treten ein. Durch erneute Gaben der Schlafmittel wird der Krampf beruhigt. 60 Stunden lang bleibt die Pat. ohne Tube, die Athmung aber ist recht schlecht. Dann wird die Tube wieder eingelegt. Nach 10 Tagen wird die Tube von neuem entfernt; diesmal aber sind die Erstickungsanfälle derartig, dass der Versuch sofort abgebrochen werden muss. Am 19. December erneuter Versuch ohne Narkose; die Athmung ist wieder sehr bedenklich, aber das Kind bleibt doch 50 Stunden ohne Tube. Am 7. Januar endlich gelingt der dritte Versuch; trotz häufiger Krisen bleibt das Kind ohne Tube. Die Kehlkopfuntersuchung gelang nicht mehr.

Ch. glaubt nicht, dass es sich in diesem Falle um einfache Glottiskrämpfe handelte; die Dauer der Anfälle und ihr Bestehenbleiben in der Narkose sprechen dagegen. Er nimmt eine Abductorenlähmung an, bedingt durch Compression der Recurrensnerven. Als Ursache der letzteren vermuthet er eine acute Schwellung scrophulös-tuberkulöser Tracheal- und Bronchialdrüsen im Gefolge von Diphtherie. Zu der Posticuslähmung traten dann paroxysmale Zustände von Adductorentonus resp. -Krampf.

A. CARTAZ.

79) **P. D. Hughes. Die Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of larynx.)** *Kansas City Med. Journal. 7. November 1896.*

Bericht über 16 Fälle, von denen 7 zur Heilung kamen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **W. E. Saunders. 27 Fälle von Croup. (27 cases of croup.)** *Med. Fortnightly. 16. November 1896.*

Die Fälle wurden sämmtlich intubirt; die Mortalität betrug 37 pCt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

81) **Poulet** (Plancher-les-Mines). **Gelegentliche Syncope bei der Intubation des Kehlkopfs. (De la syncope occasionnée par l'intubation de la glotte.)** *Société de thérapeutique. 28. October 1896.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei geschwächten und erstickenden Indi-

viduen die Intubation schwere Syncope hervorrufen kann. Spät vorgenommen hat dieselbe daher ebenso grosse Gefahren wie die Tracheotomie. Zur Behandlung solcher Ohnmachtsanfälle empfiehlt Verf., die Kranken an den Füssen zu halten, mit herabhängendem Kopf.

PAUL RAUGÉ.

82) **Poulet** (Plancher-les-Mines). **Ueber die bei der Intubation des Kehlkopfs vorkommende Syncope. (De la syncope occasionnée par l'intubation de la glotte.)** *Bullet. génér. de thérap. 8. November 1896.*

P. erachtet die Intubation für sehr gefährlich, wenn es sich um schon sehr geschwächte Individuen in höchster Athemnoth handelt. Er berichtet über den Fall eines 3jährigen Knaben mit Rachen- und Kehlkopfdiphtherie, den er in einem sehr schweren Zustand, mit Cyanose, Dyspnoe und sehr schwachem Puls antraf. Trotz einer Injection von 20 ccm Serum nahm er die Intubation vor; das Kind aber fiel, obgleich dieser Eingriff mit grosser Schnelligkeit ausgeführt war, in einen Schwächezustand, der tödtlich zu sein schien. Schliesslich gelang es durch Aufheben an den Füssen mit hängendem Kopf die Athmung wieder in Gang zu bringen. Es wurde sofort die einzeitige Tracheotomie gemacht und wieder erfolgte eine schwere Ohnmacht. Kurz darauf wurde eine umfangreiche Pseudomembran aus der Trachea ausgeworfen und nun war die Athmung leichter. Eine 2. Pseudomembran von 10 cm Länge wurde am folgenden Morgen ausgeworfen. Das Kind kam zur Heilung.

A. CARTAZ.

83) **T. Kellock. Intubation gegen Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *Lancet. 3. October 1896.*

Der Gebrauch des Serums begünstigt die Intubation, indem er die Bildung grosser Membranen, die die Tube verschliessen können, verhütet und auch weil er die Krankheitsdauer verkürzt und das Tragen der Tube auf nur 1 oder 2 Tage beschränkt. Die Operation der Intubirung kann schneller und mit weniger Assistenz ausgeführt werden. Narkotica sind dazu nicht nöthig. Die Intubation lässt sich früher wieder aufheben, als die Tracheotomie und nichts bleibt davon zurück. Eine besondere Durchfeuchtung und Wärmung der Athemluft ist nicht nöthig. Die Intubation wird in manchen Fällen gestattet, in denen Eltern und Freunde eine „blutige Operation" verbieten. Nur in Fällen, in denen schon am 1. oder 2. Tage grosse und zahlreiche Membranen vorhanden sind und sofortige Hilfe nöthig ist, verdient vielleicht die Tracheotomie den Vorzug. Besteht stärkere Dysphagie, so kann für 1 oder 2 Tage das Kind per rectum oder durch die Nasensonde ernährt werden.

ADOLPH BRONNER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

84) **Refslund. Ueber Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1896.*

Mittheilung eines Falles bei einem $2^1/_2$ Monate alten Kinde, das an Pneumonie, allgemeiner Atrophie zu Grunde gegangen war. Die beiden Epiglottis-

hälften berühren sich innen, einen schmalen Streif zwischen sich lassend, wodurch der Kehlkopfeingang in eine kleine rhombische Oeffnung umgewandelt ist: Die Epiglottis klappt ferner leicht nach hinten um, wodurch noch eine weitere Einengung des Kehlkopfeinganges zu Stande kommt.

Zwischen den Aryknorpeln befindet sich ein 7 mm langer Spalt, dessen Ränder eng an einander liegen.

SCHECH.

85) **Rauglaret. Ein Fall von Sängerknötchen. (Nodule des chanteurs. Observation.)** *Bull. et mém. de la Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Unter dem Einfluss von Ruhe und Einstäubungen sah Verf. ein Sängerknötchen an Umfang abnehmen. Er schliesst daraus, dass man die Knötchen nicht berühren soll.

E. J. MOURE.

86) **Hunter Mackenzie. Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Papillomata of the larynx in children.)** *Brit. Med. Journal. 12. September 1896.*

Vortrag gehalten in der Abtheilung für Kinderheilkunde auf dem Carlisle Meeting der B. M. A. Verf. ist der Ansicht, dass die Thyrotomie in diesen Fällen niemals zu wählen ist. Die endolaryngeale Behandlung ist nicht sehr erfolgreich. Die beste Methode ist noch, die Tracheotomie zu machen und die Tube einige Monate liegen zu lassen.

Sympson erwähnt einen Fall, in dem die Tube $1^1/_2$ Jahr getragen wurde; trotzdem recidivirten die Geschwülste.

Adolph Bronner hält die Prognose zum Theil vom Alter des Patienten für abhängig. Diese Tumoren sind auch im Alter von 40—50 Jahren nicht ungewöhnlich.

ADOLPH BRONNER.

87) **Poyet. Behandlung der diffusen Kehlkopfpapillome. (Traitement des papillomes diffus du larynx.)** *Bull. et mém. de la Soc. française de Laryngol. Paris. Rueff édit. 1896. p. 6.*

Da Recidive beim Kinde weniger häufig sind als beim Erwachsenen, soll man, wenn drängende Indicationen nicht vorliegen, zuerst mit endolaryngealen Pinselungen und Operationen vorgehen. Beim Erwachsenen ist die Losreissung, die Excision, Abkratzung, Curettage oder Galvanisation am Platze. Das Recidiv verlangt ein activeres Vorgehen, die Eröffnung des Larynx.

E. J. MOURE.

88) **Lacoarret. Diffuse subglottische Papillome; Exstirpation auf endolaryngealem Wege. (Papillomes diffus sous-glottiques; exstirpation par la methode endo-laryngée.)** *Rev. hebdom. de laryngologie. No. 1. 1896. p. 1.*

Anlässlich eines Falles, den er bei einem 15jährigen Mädchen beobachtet hat, betont Verf. die Häufigkeit der Recidive nach der Exstirpation. Er ist Anhänger des endolaryngealen Eingriffs und lässt die Eröffnung des Kehlkopfs nur für Ausnahmefälle gelten. Die Thyrotomie erscheint ihm als eine gefährliche Operation, die später unangenehme Resultate bezüglich der Phonation und Respiration nach sich ziehen kann. Verf. zieht es vor, die Tracheotomie zu machen und zu warten, bis die endolaryngeale Exstirpation möglich wird.

E. J. MOURE.

89) **Jousset. Cystischer Tumor an der Basis der Epiglottis. (Tumeur cystique de la base de l'epiglotte.)** *Nord méd. 1. October 1896.*

Nussgrosse Cyste in der linken Fossa glosso-epiglottica bei einem 65jähr. Mann. Dieselbe comprimirte die Epiglottis und führte zu Heiserkeit, Dyspnoe und Erstickungsanfällen. Als die Cyste mit dem Messer angestochen wurde, entleerte sich eine gelbliche, gummiartige Flüssigkeit, die fast ausschliesslich aus verfetteten Zellen bestand.

Es trat sofortige Heilung ein. A. CARTAZ.

90) **Walker Downie** (Glasgow). **Ein Bericht über 8 nacheinander vorgenommene Thyretomien (Crico-thyrotomie) zur Entfernung intralaryngealer Geschwülste mit einem Todesfall. (An account of eight consecutive cases of thyrotomy [crico-thyrotomy] with one death, for removal of intralaryngeal growths etc.)** *Glasgow Med. Journal. October 1896.*

Die Operation wurde gemacht dreimal wegen Papillom, einmal wegen Fibrom, einmal wegen ödematösen Granulationsgewebes unterhalb der Glottis, einmal wegen Oedems und Hypertrophie der Schleimhaut und des submucösen Gewebes, einmal wegen eines Schleimhautpolypen und einmal wegen Epitheliom. In 7 Fällen war die Tracheotomie gemacht worden. Das Wesentliche der einzelnen Fälle ist in tabellarischer Form übersichtlich angegeben.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

91) **Geo W. Crile** (Cleveland). **Laryngeale Operationen. (Laryngeal operations.)** *N. Y. Med. Record. 28. November 1896.*

Ein Auszug aus dem vom Verf. auf dem Pan-American Medical Congress (Mexico November 1896) gehaltenen Vortrag: „Ueber die Technik der Kehlkopfoperationen mit Bericht über 4 erfolgreiche Totalexstirpationen". Der erste Theil des Vortrags berichtet über eine Reihe von Experimenten, der zweite beschäftigt sich mit klinischen Beobachtungen und den Schlüssen, die aus ihnen zu ziehen sind. Den Schluss bilden die Krankengeschichten der 4 Fälle von Totalexstirpation, die alle 4 ohne Zwischenfall heilten. LEFFERTS.

92) **Jean Grand. Das Sarcom des Kehlkopfs. (Du sarcome du larynx.)** *Thèse de Toulouse. 1896.*

Das Kehlkopfsarcom ist ein relativ seltener Tumor.

Verf. konnte nur 60 Fälle desselben zusammenbringen. Das Epitheliom ist von den malignen Kehlkopfgeschwülsten die weitaus häufigste. Von Varietäten des Kehlkopfsarcoms sind bekannt: Das Sarcom mit Embryonalzellen, das Spindelzellensarcom und das Sarcom mit Myeloplaxen. Vom klinischen Standpunkt aus lässt sich die infiltrative Form, die schrittweise die verschiedenen Partien des Organs durchsetzt, und die vegetirende Form unterscheiden. Verf. beschreibt die Symptome der Sarcome, erörtert ihre Diagnose gegenüber den anderen Kehlkopftumoren und kommt zu dem Schluss, dass bei enger Begrenzung der Geschwulst die endolaryngeale Entfernung am Platze ist; kann der Tumor durch die natürlichen Wege nicht mehr in toto abgetragen werden, so wird die Thyrotomie gemacht.

A. CARTAZ.

93) **A. J. Brady** (Sydney). **Bemerkungen über einen Fall von partieller Laryngectomie wegen Epitheliom eines Stimmbandes. (Notes on a case of partial laryngectomy for epithelioma of one vocal cord.)** *Australian Med. Gazette. 20. November 1896.*

Der 53jährige Mann war seit 18 Monaten heiser. An der rechten Seite des Halses bestand ein leichter Schmerz. Mit dem Kehlkopfspiegel sah man eine fungöse Geschwulst, die die mittleren zwei Drittel des rechten Stimmbandes einnahm; dieses war etwas in seiner Bewegung erschwert. Der Pat. wurde tracheotomirt und trug zwei Tage lang eine gewöhnliche Canüle; dann wurde diese durch eine Hahn'sche Tamponcanüle ersetzt. Pat. wurde durch die Tube chloroformirt und die rechte Hälfte des Schildknorpels, der rechte Aryknorpel und das rechte Stimmband in einem Stück entfernt. Die Tamponcanüle wurde noch einen Tag getragen; nach acht Tagen konnte die Tracheotomiecanüle überhaupt fortgelassen werden. Am ersten Tage Ernährung per rectum, dann bis zum fünften Tage durch den Magenschlauch; am sechsten Tage schluckte Pat. Beef-tea. — Heilung mit leidlicher Stimme. Das laryngoskopische Bild zeigt theilweise Fixation des linken Stimmbandes. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst bestätigte die Diagnose auf Epitheliom. Autoreferat.

94) **R. Botey. Die Thyrotomie beim Kehlkopfkrebs. (La thyrotomie dans le cancer du larynx.)** *Arch. internat. de lar. IX. p. 608.*

B. hält die Thyrotomie für die vorzugsweise zu wählende Operation bei malignen Kehlkopfgeschwülsten unter der Voraussetzung der frühzeitigen Diagnose. Die Operation ist relativ einfach, während die Laryngectomie gefährlich und oft, wenn der Kranke am Leben bleibt, von Recidiven gefolgt ist infolge der Ausbreitung des Processes. Verf. berichtet über 3 Fälle mit dauerndem Erfolg.

A. CARTAZ.

95) **Pantaloni** und **Thomas. Thyrotomie. Exstirpation eines malignen Tumors des rechten Stimmbandes. (Thyrotomie. Extirpation d'une tumeur maligne de la corde vocale droite.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 42. 17. October 1896.*

Der Pat. ist 55 Jahre alt; seine Erkrankung lässt sich etwa 16 Monate zurückverfolgen. Die Geschwulst nahm einen grossen Theil des rechten Stimmbandes ein; sie wurde mittelst Thyrotomie nach vorheriger Tracheotomie in einer Sitzung entfernt. Nach 5 Monaten bot der Patient kein Recidiv dar. E. J. MOURE.

96) **Johann Sendziak. Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfs und ihre Radicalbehandlung. (Nowotwory zlosliwe krtani, ich rozpoznawanies oraz leczenie.)** *Warszawa. 1896.*

Die Arbeit, die inzwischen auch deutsch publicirt wurde, ist bereits ausführlich von F. Semon besprochen (s. S. 208). SOKOLOWSKI.

97) **Alfred Goldschmidt. Zwei Fälle von primärer Perichondritis laryngea mit günstigem Ausgang.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 9. 1896.*

Mittheilung zweier Fälle, bei welchen es zur Abscessbildung kam, also eine Infection mit pyogenen Mikroorganismen stattgefunden hatte. SCHECH.

98) **A. M. Sheild. Ein Fall von Fractur des Larynx. Tracheotomie; Thyrotomie; Heilung. (A case of fractured larynx; tracheotomy; thyrotomy: recovery.)** *Lancet. 14. November 1896.*

23jährige Frau fiel am 10. Juli mit dem Hals auf eine Stuhlkante. Am selben Abend musste die Tracheotomie gemacht werden; es bestand ein deutliches Hautemphysem über der Kehlkopfgegend. Am 20. wurde die Canüle entfernt, am 29. die Pat. entlassen. Wiederaufnahme und sofortige Tracheotomie am 31. Am 3. September wurde der Schildknorpel geöffnet. Es fand sich ein breiter, narbiger Strang unterhalb der Stimmbänder. Ein Bruch war nicht fühlbar.

ADOLPH BRONNER.

99) **Lacy Firth. Ein Fall von Durchschneidung des Halses behandelt durch sofortige Vernähung. (Case of cut throat treated by immediate suturing.)** *Brit. Med. Journ. 12. September 1896.*

61jähriger Mann durchschnitt sich den Hals unterhalb des Zungenbeins mit einem Schnitzmesser. Er konnte 2 Tage nach der Naht bereits schlucken. Es erfolgte Heilung.

ADOLPH BRONNER.

100) **Robert Levy. Excessive Beweglichkeit der Aryknorpel. — Ankylose des Crico-arytaenoid-Gelenks. (Exaggerated arytenoid movement. — Anchylosis of the crico-arytenoid articulation.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. October 1896.*

Von beiden Affectionen theilt Verf. je eine Beobachtung mit. Die vermehrte Bewegung war an beiden Aryknorpeln zu constatiren; bei der Phonation war die Glottis eng geschlossen, während der rechte Aryknorpel stark nach vorn, der linke stark nach hinten trat. — Die Ankylose war Folge einer Narbe, die von einer früheren Selbstmordverletzung stammte; die Enge musste mittelst Intubation überwunden werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **Egidi. Kehlkopfstenosen und ihre Behandlung. (Sténoses laryngées et leur traitement.)** *Rev. hebdom. de laryngolog., d'otol. et de rhinolog. No. 8. 22. Februar 1896.*

Verf. theilt die Kehlkopfstenosen in 3 Categorien: 1. die chronischen; 2. die acuten und 3. die Kehlkopfstenosen aus äusserer Ursache. Zu den chronischen rechnet er die durch Tumoren, Rhinosclerom, durch Syphilis und Tuberculose verursachten. Es folgt eine Aufzählung der Erkrankungen, die acute Stenose und die durch Compression von aussen her Verengerung erzeugen.

Aus dem bezüglich der Behandlung Gesagten sei Folgendes hervorgehoben. Die Laryngotomie ist eine gutartige Operation; man soll sie ohne Zaudern bei malignen Geschwülsten im ersten Beginn und bei benignen im Falle des Recidivirens machen. Bei Kehlkopftuberculose ist die Tracheotomie nur in den dringendsten Fällen indicirt. Für acute Stenosen ist die Intubation, wenn sie ausführbar ist, eine vortreffliche Methode. Verf. beschreibt ihre Technik.

E. J. MOURE.

102) **H. L. Lack. Vorlesung über die Tracheotomie und ihre Nachbehandlung. (A lecture on tracheotomy and its after-treatment.)** *Clinical Journal. 5. Februar 1896.*

Bei Erwachsenen ist nur eine locale Anaesthesie, am besten durch Gefrierenlassen der Haut, erforderlich. In Fällen, in denen die Canüle voraussichtlich lange getragen werden muss, ist die tiefe Tracheotomie die beste, für acute Fälle die hohe. Verf. schildert die verschiedenen Operationsmethoden und ihre Indicationen.

ADOLPH BRONNER.

103) **Thost. Ueber Tracheal-Canülen.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 12. 1896.*

Die bisher gebräuchlichen Canülen und Operationsmethoden der Tracheotomie haben häufig Stenosen im Gefolge. Die am meisten gebräuchliche Luer-sche Canüle reibt sowohl an der hinteren als auch der vorderen Trachealwand und erzeugt Druckgeschwüre, oft förmliche Schleimhauttaschen, die, von Granulationen besetzt, zu ringförmigen Stenosen führen. Besonders gefährdet ist namentlich bei Durchschneidung des Ringknorpels der vordere obere Winkel. Bei der Eröffnung der Luftröhre durch einen linearen Schnitt wird ferner die verdickte Schleimhaut durch die eingeführte Canüle nach innen gedrängt und legt sich als dicke Längsfalte an beiden seitlichen Wänden der Canüle an. Th. empfiehlt deshalb die Durham'sche Canüle, wie sie allgemein in England eingeführt ist, ferner keine gefensterten, sondern mit einem Siebe versehene Canülen.

SCHECH.

104) **P. de Santi. Eine neue Form von Trachealklappe. (A new form of tracheal valve.)** *Lancet. 25. Juli 1896.*

Eine kleine silberne Kammer, die sich in der äusseren Oeffnung einer gewöhnlichen Trachealcanüle befestigen lässt. Dieselbe enthält eine silberne Klappe, die an einem Charnier beweglich ist und den Eintritt von Luft oder Schleim während der Exspiration verhütet. Die Kammer ist leicht abzunehmen und zu sterilisiren. (Abbildung. — Angefertigt von Montague, 102 Bond Street.)

ADOLPH BRONNER.

105) **C. W. Cathcart** (Edinburgh). **Intubationsröhren. (Intubation tubes.)** *Edinb. Med. Journ. October 1896.*

Demonstration von O'Dwyer's und Colins (Paris) Intubationsröhren in der Medico-Chirurgical Society.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

106) **F. Rueda** (Madrid). **Stellung des Griffes bei den Kehlkopf-Instrumenten. (Posicion del mango en los instrumentos laringeos.)** *Arch. Lat. de Rinolog., Laringol., Otolog. No. 67/68. 1896.*

Bezüglich des Aufsatzes von Botey über die Stimmbänder-Knötchen, in welchem das Instrumentarium von Mathieu für den Kehlkopf abgezeichnet ist, weist R. darauf hin, dass er in einem Falle von Extraction eines Polypen des rechten Stimmbandes eine grosse Schwierigkeit in Hinsicht auf die Stellung des Griffes gefunden hat. Als er diesen in die horizontale Stellung anstatt der verti-

calen brachte, ergab es sich, dass alle Bewegungen mit dem Instrumente leichter waren. R. empfiehlt diese Stellung, da sie auch die Bewegung des Armes und der Hand erleichtert und freier macht.

R. BOTEY.

f. Schilddrüse.

107) **W. P. Nicol. Ueberblick über einige neuere Arbeiten betreffs der Schilddrüse. (A review of some of the work done on the thyroid.)** *Birmingham Med. Review. October 1896.*

Verf. macht auf die reiche Blutversorgung der Schilddrüse und auf die enge Beziehung zwischen Capillaren und Drüsenepithel aufmerksam. Er bespricht die Symptome, die durch Exstirpation der Drüse verursacht werden. Hauptsächlich ist es das Centralnervensystem, welches leidet. Die Function der Schilddrüse ist bei älteren und ganz jungen Thieren eine verschiedene. Verf. bespricht zum Schluss die verschiedenen Theorien über den Ursprung der Basedow'schen Krankheit.

ADOLF BRONNER.

108) **Destot** und **Bérard** (Lyon). **Untersuchungen über die Circulation in der Schilddrüse mittelst Röntgenstrahlen. (Etude de la circulation thyroïdienne par les rayons de Röntgen.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 11. November 1896.*

Die Verff. injicirten die Schilddrüse mit impermeablen Substanzen und photographirten sie nach Röntgen. Es zeigte sich auf den Bildern, dass die Gefässgebiete der verschiedenen Arteriae thyreoideae nicht unabhängig von einander sind, sondern reichlich mit einander communiciren. Daneben ergaben die Versuche das Vorhandensein bemerkenswerther Verschiedenheiten je nach dem Alter der Individuen und den radiographischen Schatten des Zungenbeins, der Kehlkopf- und Trachealknorpel (senile Verknöcherung).

PAUL RAUGÉ.

109) **Irsai. Beitrag zur Rolle der Schilddrüse im Organismus.** *München. med. Wochenschr. No. 51. 1896.*

Verf. constatirte auf Grund von 43 oder 89 Tage anhaltender Beobachtung,

1. dass das Thyrojodin im Stande ist, die Thyreotetanie oder -Cachexie zu verhindern und das Thier am Leben zu erhalten;

2. dass die Thyreoideatabletten in der von ihm angewandten Menge nichts nützen und die Thiere trotz des Gebrauches derselben zu Grunde gehen;

3. dass Jod als solches vollständig wirkungslos ist.

SCHECH.

110) **C. E. Ruth. Kropf. (Goitre.)** *Medical Review. 28. November 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

111) **R. C. Kenner. Die nicht-chirurgische Behandlung des Kropfes. (The non-surgical treatment of goitre.)** *New Albany Med. Herald. Novemb. 1896.*

Bericht über die Erfolge der Behandlung mit Schilddrüsen. 10 Fälle wurden geheilt, 2 nicht gebessert.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

112) **J. Sabrazès** und **Cabannes. Schnelle Heilung eines einfachen Kropfes durch Glycerinextract von Schilddrüse. (Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde.)** *Gazette hebdom. Paris. No. 28. 1896.*

Bericht über einen Fall von ausserordentlich umfangreichem Kropf (46 cm Halsumfang), bei dem die jahrelange Jodmedication keine Besserung erzielt hatte. Unter dem Einfluss der Schilddrüsenbehandlung nahm der Kropf in 2 Monaten sehr erheblich ab und heilte schliesslich ganz.

A. CARTAZ.

113) **P. Mermet** und **R. Lacour. Tubulöses Epitheliom der Schilddrüse mit Ausbreitung auf Kehlkopf und Luftröhre. (Epithelioma tubulé du corps thyroide, propagation laryngo-trachéale.)** *Soc. Anatom. Paris. 30. Novemb. 1896.*

56jährige Frau mit Krebs der Schilddrüse in das Krankenhaus aufgenommen wegen der durch die Compression verursachten Heiserkeit, Dyspnoe und Erstickungsanfälle. Laryngotomia intercrico-thyreoidea wegen Asphyxie. Progressive Entwicklung neoplastischer Wucherungen in der Wunde.

Die Autopsie ergiebt umfangreiches Carcinom (tubulöses Epitheliom) der Schilddrüse mit Compression des Larynx und der Trachea. Der Larynx von graulichen Zügen krebsigen Gewebes durchsetzt. Krebsknoten in der Trachealwunde. Die Kehlkopfknorpel selbst sind bis in die Tiefe von Krebsmassen durchzogen. Zu beiden Seiten des Larynx, entlang dem Recurrensnerven, starke Drüsenschwellung.

A. CARTAZ.

114) **Branca** u. **Menier. Entwicklung einer epithelialen Geschwulst auf Kosten der Schilddrüse; Tod durch Asphyxie. (Cas de tumeur epitheliale développé aux depens de la glande thyroide et ayant determiné la mort par asphyxie.)** *Annales des malad. de l'or. etc. No. 5. 1896.*

67jähriger Patient mit Carcinom der Schilddrüse, wahrscheinlich entwickelt in einem alten Kropf. Der Tod trat unter asphyctischen Erscheinungen ganz plötzlich ein.

E. J. MOURE.

115) **Walter Lindley. Versuche mit Schilddrüsenbehandlung. (Tentative thyroid therapeutics.)** *Southern California Practitioner. November 1896.*

Uebersicht über die Verwerthbarkeit der Thyroidtherapie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **Friedrich Kölbl** (Wien). **Ueber Schilddrüsentherapie.** *Wiener medicin. Presse. No. 51. 1896.*

Beginnend mit der Geschichte der Entwickelung dieser Therapie giebt Verfasser sodann seine Erfahrungen über die obengenannte Therapie bei 20 Strumaerkrankungen bekannt. Verordnet wurden 2 Tabletten Thyreoidin pro die und wurde nach einem Turnus von je 8 Tagen 2—4 Tage ausgesetzt. Die Nebenerscheinungen bei dieser Therapie theilt Verfasser in chronisch und acut verlaufende und rechnet zu ersteren: Abmagerung, Gewichtsabnahme, Herzklopfen, gesteigerte Pulsfrequenz, zu letzteren Ueblichkeiten und Erbrechen. Im Allgemeinen hat Kölbl recht günstige Resultate zu verzeichnen. Nach 4—6 Monaten beobachtete

er in einigen Fällen Recidive insofern, als der Halsumfang doch wieder etwas zugenommen hatte, doch schwand diese Zunahme nach wenigen Tabletten. Ueber die Art der Wirkung der Schilddrüsenpräparate fand er übereinstimmend mit Bruns, dass es sich um eine Colloidbildung und einfache Atrophie der Follikel handelt.

CHIARI.

117) **Josef Grünfeld** (Wien). **Therapeutische Versuche mit dem Thyreoantitoxin.** *Wiener med. Blätter. No. 49. 1896.*

Verfasser beschreibt unter Anderem auch zwei Strumafälle, die er mit Thyreoantitoxin in Pulverform zu je 0,02—0,03 g (mit Saccharum lactis verrieben) behandelte. In einem dieser beiden Fälle handelte es sich um eine Vergrösserung beider seitlicher Schilddrüsenlappen mit Einlagerung eines elastischen Knollens bei einem chlorotischen Mädchen. Patientin nahm durch 3 Wochen zuerst täglich 0,02 g Thyreoantitoxin, später die doppelte Dosis, wobei sich zeigte, dass das Körpergewicht um 2 kg, der Halsumfang bei gleichzeitigem Weicherwerden der Struma von 39 auf 38,3 cm sich verringert hatte. Patientin entzog sich einer weiteren Beobachtung. Der zweite Fall betraf eine 24jährige Magd mit starker Vergrösserung der seitlichen Schilddrüsenlappen und hochgradigen Athembeschwerden. Auch in diesem Falle waren derb elastische Knoten in der Struma tastbar. Unter der gleichen Therapie wie oben wurde zwar die Struma weicher, der Halsumfang jedoch blieb auf 43,5 cm. Das Körpergewicht erfuhr hier keine Verminderung. Der durch Operation theilweise entfernte Tnmor zeigte mehrere in die parenchymatöse Grundsubstanz eingelagerte colloide Knoten.

CHIARI.

118) **Baumann** und **Goldmann. Ist das Jodothyrin der lebenswichtige Bestandtheil der Schilddrüse?** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1896.*

Die genannten Forscher kommen auf Grund ihrer Experimente zu folgenden Schlüssen:

1. Bei schilddrüsenlosen Hunden treten tetanische Erscheinungen so lange nicht ein, als ihnen regelmässig Jodothyrin (2—6,0 pro die) gereicht wird.

2. Wo Tetanie erfolgt, zeigt sie sich immer erst nach der Entziehung des Jodothyrins oder nach einer starken Reduction seiner Zufuhr.

3. Zur Beseitigung der Tetanie thyreoidectomirter Hunde sind um so grössere Mengen von Jodothyrin erforderlich, je heftiger der Anfall ist und je später nach seinem Beginn das Mittel gegeben wird.

4. Der Organismus der schilddrüsenberaubten Hunde besitzt nicht die Fähigkeit, das per os oder subcutan ihm zugeführte Jodothyrin zurückzuhalten, das als solches oder in Form einer anderen organisirten Verbindung im Harn ausgeschieden wird.

SCHECH.

119) **Roos. Zur Frage nach der Anzahl der wirksamen Substanzen in der Schilddrüse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1896.*

Das hauptsächlich wirkende Mittel ist das Thyrojodin, während das Thyreoantitoxin bei der spezifischen Schilddrüsenwirkung im Sinne der Schilddrüsentherapie gänzlich unbetheiligt ist.

SCHECH.

g. Oesophagus.

120) **S. S. Adams. Angeborene Rachen-Speiseröhren-Verengerung. (Congenital pharyngo-oesophageal stricture.)** *National Med. Review. November 1896.*

Das Präparat, das von einem 5 Monat alten Kinde stammte, wurde in der Med. Society of the District of Columbia demonstrirt. Gerade an der Uebergangsstelle von Rachen in Speiseröhre endete der Ernährungstractus in einem weiten Blindsack.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

121) **Gilbert** und **Grenet. Verbrennung des Oesophagus durch Ammoniak; Abstossung der Schleimhaut. (Brulure de l'oesophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse.)** *Soc. anatom. de Paris. 30. November 1896.*

36jährige Frau verschluckt 100 g Ammoniak. Die nächsten Tage blutiges und galliges Erbrechen; am 10. Tage beim Brechen Ausstossung eines 14 cm langen Rohrs, das als Oesophagusschleimhaut erkannt wurde. Die histologische Untersuchung ergab, dass es die ganze Schleimhaut war, die sich abgelöst hatte. Danach allmähliche Besserung der Magenstörungen; jedoch konnten nur Flüssigkeiten geschluckt werden. Der Kranke verlässt bald das Krankenhaus und bleibt der weiteren Beobachtung verloren.

A. CARTAZ.

122) **David Newman. Epitheliom der Speiseröhre in der Höhe des 3. Dorsalwirbels; Ulceration und Durchbruch in die Aorta 1 Monat nach Ausführung der Gastrotomie. (Epithelioma of the oesophagus at the level of the 3. dorsal vertebra; ulceration and rupture into the aorta a month after gastrotomy was performed.)** *Glasgow Med. Journal. November 1896.*

Verf. schliesst an die Krankengeschichte des Falles einen kurzen Bericht über die Literatur der Gastrotomie bei Oesophagusstenose an.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

123) **Péan. Radiographische Diagnostik von Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Diagnostic radiographique des corps etrangers de l'oesophage.)** *Académie de Médecine. 8. December 1896.*

Bei einem kleinen Mädchen, das ein 5 Centimesstück verschluckt hatte, wurde mittelst radiographischer Untersuchung constatirt, dass und an welcher Stelle die Münze im Oesophagus steckte. Der Fremdkörper, der im oberen Drittel der Speiseröhre eingeklemmt war, wurde durch die Oesophagotomia externa entfernt.

PAUL RAUGÉ.

II. Briefkasten.

Personalia.

Zu unserem lebhaften Bedauern hat sich unser langjähriger treuer Mitarbeiter, Oberstabsarzt Dr. Landgraf, in Folge stetig zunehmender anderweitiger Verpflichtungen genöthigt gesehen, von seiner Stellung als ständiger Mitarbeiter des Centralblatts zurückzutreten. Wir sagen ihm für seine Thätigkeit in unserer Sache den herzlichsten Dank.

An seiner Stelle tritt Dr. Carl Zarniko (Hamburg) in die Reihe unserer ständigen Mitarbeiter. — Ausserdem ist Dr. Ernest Waggett (London) dem Centralblatt als ständiger Mitarbeiter beigetreten.

Die Privatdocenten der Laryngologie und Rhinologie an der Budapester Universität, Dr. Arthur Irsai und Dr. Adolf Onodi, sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

XII. Internationaler Medicinischer Congress.

Moskau, 19.—26. August 1897.

a) Organisationscomité und vorläufiges Programm der Section XIIIb (Laryngologie und Rhinologie).

Le comité d'organisation:

Le gérant: M. Stépanow E. M. (Moscou).
Membres: MM. Boëv G. N., Bélayev A. F. (Moscou), Werkhovsky B. W. (St.-Pétersbourg), Wolcowitch N. M. (Kiev), Frohnstein M. A., Haudring A. E. (Moscou), Hering Th. Ed. (Varsovie), Lomicovsky M. M. (Kharcov), Lunin N. (St.-Pétersbourg), Nikitine W. N., Rauchfuss K. A., Simanovsky N. P. (St.-Pétersbourg), Sokolovsky A. J. (Varsovie), Scott N. J. (Moscou), Jakobson A. W. (St.-Pétersbourg).
Secrétaire: M. Bélayev A. F. (Moscou).

Thèmes de programme:

I. Sur les suppurations des sinus nasaux (le maxillaire excepté); diagnostic et traitement. Dr. E. Moure (Bordeaux), Dr. M. Hajek (Wien).
II. Cancer du larynx; diagnostic et traitement. Prof. O. Chiari (Wien), Dr. G. Catti (Fiume).
III. Causes et traitement de l'extinction de la voix chez les chanteurs. Prof. H. Krause (Berlin).
IV. Les progrès, réalisés depuis le dernier Congrès international dans le traitement local de la tuberculose du larynx. Dr. Ruault (Paris), Dr. Gleitsmann (New-York).

V. Laryngo-stroboscopie. Prof. Simanovsky (St.-Pétersbourg).
VI. X-rayons, appliqués dans la rhino-laryngologie. Dr. I. Macintyre (Glasgow), Dr. Mount-Bleyer (New-York).
VII. Oesophagoscopie. Prof. V. Hacker (Innsbruck).
VIII. Photographie du larynx. Dr. T. R. French (Brooklyn), Dr. Th. Flatau (Berlin).

A part cela on se propose d'organiser une séance combinée de plusieures sections à propos de la question, concernant la „sérothérapie de la diphthérie".

Communications sur d'autres thèmes:

Dr. A. W. Jakobson (St.-Pétersbourg). Der Einfluss der Nasenbehandlung in den reflectorischen Erkrankungen.
Dr. N. Lunin (St.-Pétersbourg). Beziehungen der Erkrankungen der Augen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.
Dr. Ricardo Botey (Barcelone). Indications du traitement chirurgical dans la tuberculose du larynx; résultats que l'on peut en espérer.
Dr. Theodor Flatau (Berlin). Zur chirurgischen Localbehandlung der Kehlkopftuberculose.
— Die Frage der Registerbildung.
Dr. Scheppegrell (New Orleans). A Further report on the Treatment of Laryngeal Tuberculosis with Cupric Electrolysis.
Dr. Curt Demme (Berlin). Ueber Sarkome des Rachens.
— Blutungen des Rachens.
Dr. Kafemann (Königsberg). Neue Grundzüge bei der Behandlung der Fibrosarkome des Rachendaches mittelst Electrolyse.
Dr. L. Prjedborsky (Lodz). Ueber Phenol Sulfo-Ricinicum bei Kehlkopftuberculose und Rhinitis atrophicans.
— Statistischer Bericht über die im Lodz'schen Israelitischen Krankenhause vermittelst des Behring'schen Heilserum in den letzten Jahren bei Croup und Diphtherie erzielten therapeutischen Erfolge.
Dr. P. Hellat (St.-Pétersbourg). Zur Athmungsfrage beim Singen.
Dr. Etienne Escat (Toulouse). Utilité de l'examen laryngoscopique par la méthode de l'auteur dans le diagnostic du Croup d'emblée.
Prof. Cozzolino (Naples). L'Ozène.
— Les blastomycètes dans l'hypertrophie dégénérative commune des conches nasales.
Prof. A. Gavino (Méxique). Traitement de la tuberculose du larynx par le gratage, le péroxyde d'hydrogène, la créosote, aidé de tubage.
Dr. Max Scheier (Berlin). Ueber die Sondirung der Stirnhöhle.
— Die Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie der Stimme und Sprache.
Dr. Jansen (Berlin). Zur Radicaloperation chronischer combinirter Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.
Dr. Sendziak. Considerations sur le traitement opératoir du cancer du larynx.
Dr. Jacobson (St.-Pétersbourg). Bain et douche nasale.
Dr. J. L. Soudole (Boston). On the absorption of foreign substances by the faucial tonsils in the human subject with reference to the origin of infectious processes.

b) Auskunftsbureau der Laryngologischen Section.

Moskau, Juni 1897.

Hochgeehrter Herr Professor!

Als Schriftführer der Moskauer Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft erlaube ich mir, Sie höflichst zu bitten, folgende Zeilen im Centralblatt zu veröffentlichen.

Laut Beschluss der ausserordentlichen Versammlung vom 9./21. Juni 1897 wird von der „Moskauer Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft" für die Mitglieder der Otologischen und Laryngo-Rhinologischen Section des XII. Internationalen Medicinischen Congresses in Moskau ein Auskunftsbureau eingesetzt.

Dasselbe hat den Zweck, den Herren Collegen nicht nur in Congress-, sondern hauptsächlich auch in Privat-Angelegenheiten jede ihnen nur wünschenswerth erscheinende Auskunft zu ertheilen.

Vom 1./13.—7./19. August befindet sich dasselbe im Moskauer Aerzte-Club („Doctorsky Klubb" Bolschaja Dmitrowka) und ist geöffnet von 7—9 Uhr Abends, ausserdem im Saale der Abtheilung XIIb (Laryngo-Rhinologie) während der Zeit der Sitzungen.

Vorsitzender: G. N. Scott. Schriftführer: A. Bélayeff.

Dritter Congress der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 28. October 1897.

Themata für die allgemeinen Discussionen:

1. „Ueber den Werth der Autoskopie für die Diagnose und Behandlung der Kehlkopfaffectionen." Referent: Prof. G. Ferreri (Rom).
2. „Ueber die adenoiden Vegetationen in Italien." Referent: Prof. G. Gradenigo (Turin).
3. „Physiologie des Mittelohrs." Referent: Prof. G. Masini (Genua).

Titel weiterer Mittheilungen sind spätestens bis zum 1. October 1897 dem Secretär der Gesellschaft, Prof. A. Fasano (Via S. Anna di Palazzo No. 1 Napoli) kundzugeben.

Druckfehlerberichtigung.

Im Maiheft des Centralblatts ist in dem Bericht über den Kirstein'schen Vortrag: „Rhinoskopie nach Killian", Seite 272, Zeile 12 und 13, ein sinnentstellender Druckfehler untergelaufen. Statt „Ungeeignet sind die Fälle" etc. muss es vielmehr heissen: „Geeignet sind die Fälle".

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, September. 1897. No. 9.

Max Joseph Oertel †.

Die Laryngologie hat wiederum einen ihrer ältesten Repräsentanten verloren. Am 17. Juli starb in München Hofrath Prof. Dr. Max Joseph Oertel, seit 1876 ausserordentlicher Professor der Laryngologie an der dortigen Universität. — Am 20. März 1835 in Dillingen in Bayern geboren, besuchte er das Gymnasium in Augsburg, bezog nach bestandener Maturitätsprüfung die Universität München, bestand 1860 sein Staatsexamen und wurde sofort Assistent an der Pfeufer'schen Klinik. — Durch die ersten laryngologischen Arbeiten Czermak's auf die damals neue Kunst der Laryngoscopie aufmerksam gemacht, widmete Oertel derselben sein ganz besonderes Interesse und habilitirte sich 1867 als Privatdocent für Laryngoskopie. — Seine für die Laryngologie im strengeren Sinne des Wortes bedeutungsvollste Arbeit: „Ueber Geschwülste im Kehlkopfe" veröffentlichte er im Deutschen Archiv für klin. Medicin. 1875. Bd. XV. — In den Jahren 1876—1878 machte er die ersten Versuche, das Stroboskop zur Beobachtung der oscillirenden Stimmbänder beim Lebenden zu benutzen (Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften,

1878. No. 5 u. 6) und kehrte zu dieser Frage noch vor zwei Jahren zurück (Arch. f. Laryngolog. und Rhinolog. 1895. Bd. III, Heft 1 u. 2). — Mit grosser Vorliebe beschäftigte sich Oertel mit der Frage der Diphtherie. Schon 1874 wurde ihm die Bearbeitung dieses Kapitels in dem v. Ziemssen'schen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (II. Bd.) anvertraut; er löste seine Aufgabe in so vollkommener Weise, dass er allgemein als Autorität auf diesem Gebiete angesehen und als Consiliarius nach Darmstadt berufen wurde, als im Jahre 1878 eine Epidemie schwerster Natur die Grossherzoglich Hessische Familie heimsuchte. Ueber den Verlauf derselben hat er im Brit. Med. Journal (1879, 11. Januar) Bericht erstattet. — Aber erst im Jahre 1887 trat er mit seinem grossen Werke: „Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie“ in die Oeffentlichkeit. Mit prophetischem Geiste bezeichnete er damals, also lange vor Entdeckung des Klebs-Löffler'schen Bacillus, die Diphtherie als eine wahrscheinliche „Mischinfection von specifischen Bacillen und septischen Kokken“, was wohl für die Majorität aller in praxi zur Beobachtung kommenden Fälle zutreffen dürfte.

Dass seine wissenschaftliche Thätigkeit sich nicht auf die Beschäftigung mit seinem Specialfach beschränkte, ist weltbekannt. Im Jahre 1884 veröffentlichte er seine damals ganz neue Methode zur Behandlung gewisser Kreislaufsstörungen, und die „Oertelkur“, wie sie genannt wurde, trug seinen Namen in die weitesten Kreise.

An den Versammlungen seiner engeren Fachgenossen betheiligte sich der Verstorbene wenig. Ich hatte einige Male Gelegenheit, mit ihm in persönlichen und brieflichen Verkehr zu treten und fand in ihm einen liebenswürdigen, gefälligen Collegen. Der Name Oertel's wird stets unter denen der Pioniere der Laryngologie genannt werden.

Felix Semon.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege etc.

1) **Heimann** (Berlin). **Zur Casuistik der Blutcysten am Halse.** Dissert. Würzburg 1896.

Bei einer 20jährigen Fabrikarbeiterin hatte sich an der linken Halsseite eine fast hühnereigrosse Geschwulst entwickelt, die auf Fingerdruck ihres Inhaltes nahezu entleert, durch Compression der Vena jugularis externa wieder zu ihrer früheren Grösse gebracht werden konnte. Bei der Exstirpation der Geschwulst stellte es sich heraus, dass es sich um eine erworbene Venectasie handelte, um ein Convolut kleinster Varicen, die in Folge Bindegewebswucherung und theilweiser Dehiscenz ihrer Zwischenwände das Bild eines cavernösen Angioms darbot.

SEIFERT.

2) **M. Demelin. Influenza im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett. (Influenza in its connection with pregnancy and confinement.)** *N. Y. Med. Journal. 14. November 1896.*

Verf. führte eine ganze Anzahl von älteren Autoren an, die bereits eine Thatsache beobachteten, welche jetzt wieder vielfach zur Kenntniss gelangt ist, dass nämlich die Influenza häufig Abort und Frühgeburt verschuldet. Sie steht in dieser Beziehung neben Cholera, Pocken, Typhus und Malaria. LEFFERTS.

3) **Gabriel d'Engel. Der Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. (The action of influenza on the female organism.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1896.*

In der Influenza-Epidemie 1889/90 kam die Krankheit bei Frauen häufiger vor als bei Männern. In den Familien erkrankten die Frauen zuerst, aber die Krankheit verlief bei ihnen gutartiger als bei Männern.

Bei Frauen wurde der Athem- und Verdauungstractus weniger afficirt als bei Männern; eine besondere Praedisposition zur Erkrankung aber zeigte der Genitalapparat. In 40 pCt. der vom Verf. beobachteten Fälle coincidirte der Anfang der Influenza mit dem Ausbruch der Menstruation. Die Periode war öfters stärker und längerdauernd als gewöhnlich. Mehrfach war die Periode auch um eine Woche zu früh eingetreten. Bei chlorotischen Mädchen, bei denen die Periode seit langem fehlte, trat sie unter dem Einfluss der Krankheit für mehrere Monate regelmässig ein. Bei 6 Patientinnen trat sie während der Influenza zum ersten Male ein. Acute und chronische Metritiden wurden durch die Krankheit verschlimmert, die Secretion wurde reichlicher und stärker eitrig. LEFFERTS.

4) **Gaetano Vinci** (Messina). **Ueber ein neues locales Anaestheticum, das Eucain.** *Virchow's Archiv. Bd. 145. p. 78. 1896.*

Chemische und experimentelle Untersuchungen über das Eucain, das Verf.

als ein vorzügliches locales Anaestheticum dem viel theureren Cocain an Werth gleichstellt.

F. KLEMPERER.

5) **Georges Gellé. Die Wasserstoffsuperoxydlösung in der Oto-Rhinologie als Haemostaticum und Antisepticum. (L'eau oxygenée en oto-rhinologie, son rôle hémostatique et antiseptique.)** *Bullet. Soc. franç. d'Otol. XII. p. 351. Arch. internat. de laryngol. IX. p. 458.*

G. bespricht die pharmakologischen Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds und seine frühere therapeutische Verwendung; er erweist durch zahlreiche Experimente, dass dasselbe nicht giftig ist und in hohem Grade blutstillende Fähigkeiten besitzt. Man verwendet eine leicht saure Lösung von 10 oder 12 Volumprocent H_2O_2. In der Nase wirkt dieselbe bei Nasenbluten oder nach Operationen fast momentan und ohne grosse Schmerzen. Ein einfacher mit der Lösung getränkter Wattetampon reicht aus und derselbe kann selbst 48 Stunden liegen bleiben ohne zu riechen.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

6) **B. M. Behrens. Der Nasenspiegel in der allgemeinen Praxis. (The Rhinoscope in general practice.)** *Medical Age. 10. December 1896.*

Verf. zeigt, wie wichtig es für jeden Arzt ist, im Gebrauch des Rhinoskops geübt zu sein.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

7) **H. Bergeat** (München). **Die Asymmetrien der knöchernen Choanen.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. 4. H. 3. 1896.*

Verf. hat etwa 1200 Menschenschädel und eine grössere Anzahl von Affen-, Hunde- etc. Schädeln untersucht und berichtet über die gefundenen Verhältnisse. Bei grossen Affen sind Choanenasymmetrien fast regelmässig zu finden, bei kleineren Arten dagegen nur ausnahmsweise. Beim Menschen sind zu unterscheiden 1. die asymmetrische Stellung der gesammten Choanenanlage im Körper und 2. die Asymmetrie, Ungleichheit der Choanen unter einander. Diese letztere ist beim Menschen nicht so häufig als beim grossen Affen und Hund, sie kommt aber doch in etwa 10 pCt der Fälle zur Beobachtung. Verf. stellt verschiedene Typen der Asymmetrie auf. Als ätiologische Factoren führt Verf. an: 1. die ungleichmässige Einwirkung mechanischer und statischer Momente bei nicht genügend consolidirtem Schädel- und Knochenbau; 2. primäre Unregelmässigkeiten am Choanenrahmen; 3. secundäre Verschiebungen am Keilbein und Vomer und 4. anthropologische Momente.

Am Schluss führt Verf. noch ein paar Beobachtungen von pathologischen Choanenasymmetrien an. Von 8 Choanen sind Abbildungen gegeben.

F. KLEMPERER.

8) **Zarniko. Ueber Kakosmia subjectiva.** Festschr. d. ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

Hat vier Mal Klagen über üblen Geruch auf Nebenhöhlenempyeme mit

fötider Secretion zurückführen können, ohne dass sonst ein Anhaltspunkt für die Annahme eines Empyems vorhanden gewesen wäre.

Die sogenannten subjectiven Gerüche sind in der Mehrzahl keine subjectiven, sondern larvirte objective Kakosmien.

A. ROSENBERG.

9) **Collet** (Lyon). **Störungen des Geruchs bei Affectionen der Ohren. (Altérations de l'olfaction dans les lésions auriculaires.)** *Société nationale de médecine de Lyon. 23. November 1896.*

Ohren-Eiterungen und Sklerosen compliciren sich sehr häufig mit einer Abnahme des Geruchs, sei es dass das Ohrenleiden nur ein sekundäres und Folge primärer Nasenerkrankung ist (Eiterung), sei es dass atrophische Processe vorliegen (Sklerose), die durch Trigeminuserkrankung gleichzeitig in Ohr und Nase entstanden sind.

PAUL RAUGÉ.

10) **Chas. H. Knight. Ergänzender Bericht über einen Fall von Wiederherstellung einer eingesunkenen Nase mittelst Martin'scher Brücke. (Supplementary note on a case of Martin's bridge for depressed nose.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1896.*

Der berichtete günstige Effekt (N.Y. Med. Journal 19. Septbr. 1895) hat nicht vorgehalten; der Pat. suchte die Klinik in schlechtem Zustande wieder auf.

LEFFERTS.

11) **Lermoyez. Die Abortivbehandlung der Coryza. (The abortive treatment of coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 28. November 1896.*

Verf. empfiehlt

Ac. carbol. liquef.
Ammonium chlorat. ana 4,5
Alcohol 9,0
Aqua destill. 13,5.

Alle 2 Stunden den Dampf von 10 Tropfen auf Löschpapier geträufelt ein paar Minuten lang einzuathmen.

oder: Cocain. hydrochlor. 0,45
Menthol 0,27
Salol 4,5
Acid. boric. 12,5

Als Schnupfpulver jede Stunde 1 Mal.

LEFFERTS.

12) **W. C. Phillips. Ueber die Ursachen und die Verhütung des chronischen Nasen-, Hals- und Ohrencatarrhs bei kleinen Kindern. (Remarks upon the causes and prevention of chronic catarrh of the nose, throat and ear in young children.)** *N. Y. Med. Record. 10. October 1896.*

Masern und Scharlach spielen als ursächliches Moment chronischer Catarrhe im Kindesalter eine grosse Rolle. Es ist jedoch nicht ausser Acht zu lassen, dass die Syphilis und die Tuberculose gerade in derselben Periode des Lebens nicht selten vorkommen. Schliesslich ist in jedem Falle von Catarrh die Nase auf das

Vorhandensein ererbter Deformitäten und Missbildungen, vor allem aber auf adenoide Vegetationen zu untersuchen. LEFFERTS.

13) **Boucheron. Antistreptokokkenserum bei chronischen Rhinitiden durch Streptokokken. (Sérothérapie antistreptococcique dans les rhinites chroniques à streptocoques.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 6. 1896.*

Als Streptococcen-Rhinitiden fasst Verf. die Nasenentzündungen bei Grippe, nach Diphtherie, Impetigo, Erysipel, Scharlach und Masern auf. Alle diese und ihre eitrigen Nebenhöhlen-Complicationen würden durch eine oder mehrere Injectionen von 5 ccm Marmorek'schen Serums rapide geheilt. E. J. MOURE.

14) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Rhinitis chronica atrophicans foetida. (Rhinitis chronica atrophicans foetida.)** Transactions Fourth Intercolonial Medical Congress. New-Zeland. 1896.

Verf. berichtet über seine Studien an 170 Fällen. Seine Beobachtungen sind von Interesse, weil das Clima und die socialen Verhältnisse in Südaustralien von denen kälterer und tieferer Gegenden so verschieden sind. Der Heredität schreibt Verf. grosse Bedeutung zu; dagegen glaubt er nicht an die Contagiosität der Erkrankungen. Struma kann nicht als Ursache atrophischer Rhinitis gerechnet werden; strumöse Bildungen sind in Südaustralien selten. Phthise wurde unter den 170 Fällen nur 6 Mal constatirt. Bei nur 2 Patienten bestand congenitale Lues. Armuth nnd unhygienische Verhältnisse scheinen mit der Praedisposition für die Erkrankung nichts zu thun zu haben. 85 pCt. der Fälle lebten in relativ luxuriösen Verhältnissen, bei guter Nahrung und in guter Luft. Die Bakteriologie der Ozaena thut Verf. etwas summarisch mit dem Bemerken ab, dass etwas Positives in dieser Hinsicht bisher nicht vorliegt. Bezüglich der Prognose spricht sich H. ziemlich hoffnungsvoll aus. Selbst in den schlechtesten Fällen kann noch viel gethan und ein Zustand relativer Heilung herbeigeführt werden. Das Wichtigste in der Behandlung ist die gründliche Reinigung der Nase. Verf. empfiehlt die Nasenspülung bei Rückenlage und hängendem Kopf nach dem Vorgehen von Greville Macdonald. Danach ist die Gottstein'sche Tamponade das vorzüglichste Mittel. A. J. BRADY.

15) **Ralph W. Seiss. Neuere Fortschritte in der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Some recent advances in the treatment of atrophic rhinitis.)** *Med. News. 28. November 1896.*

Eine lesenswerthe Arbeit, in der Verf. den Werth aller neueren Heilmittel und -methoden bespricht. Am besten werden die Krusten mit einem Spray von Wasserstoffsuperoxyd entfernt. Nach der gründlichen Reinigung der Nase ist die Massage von grossem Werth. Nur darf dieselbe nicht bis zu entzündlicher Reizung getrieben werden, sondern soll einfach mechanisch als Gefäss- und Zellen-Stimulans wirken.

Von Nutzen ist auch die Reizung mit dem faradischen Strom. Von den zur Stimulirung empfohlenen Droguen stellt Verf. an erste Stelle das Thymol. Nächst diesem gebraucht er das Europhen als Salbe oder in Pulverform mit stearin-

saurem Zink zusammen oder auch pur, wenn in vorgeschrittenen Fällen ein besonders starker Reiz erforderlich ist. Die interne Behandlung des cirrhotischen Catarrhes hat wenig Werth. Am meisten Nutzen sah Verf. noch vom Jod, das er als Jodeisen oder als Jodkali zur Anwendung bringt.

LEFFERTS.

16) **Arslan** und **Catterina. Die Serumbehandlung bei Ozaena. (The serum treatment in ozaena.)** *N. Y. Med. Journal. 31. October 1896.*

Versuche an 8 Patienten. Im Anfang brachte die Injection von Diphtherieserum eine Besserung hervor, das Secret und der Geruch wurden geringer. Diese Besserung war jedoch nur vorübergehend. Eine Heilung wurde, entgegengesetzt den Wahrnehmungen von Belfanti und della Vedova, in keinem Falle beobachtet.

LEFFERTS.

17) **Bayer. Ozaena und ihre Behandlung mittelst Electrolyse. (Ozaena and its treatment by electrolysis.)** *Medical News. 19. December 1896.*

Ozaena ist eine Trophoneurose zusammengesetzt aus 1) einer abnormen Secretion der Nasenschleimhaut, des Nasopharynx und Pharynx; das Secret dient als Culturmedium für einen der Ozaena eigenthümlichen Microben und hat den besonderen Geruch der Krankheit; 2) einer Ernährungsstörung, die zur Atrophie der Schleimhaut führt; 3) einer Rhinitis, die Anfangs gewöhnlich hypertrophisch ist und die durch den Reiz des wie ein Fremdkörper wirkenden Secretes erklärt werden kann. Die beste, fast specifische, allerdings nicht ganz gefahrlose Behandlung ist die Elektrolyse.

LEFFERTS.

18) **Teichmann** (Berlin). **Casuistisches und Kritisches zur Lehre von den Naseneiterungen** *Therap. Monatsh. December 1896.*

Eine Kritik des Grünwald'schen Buches über Naseneiterungen.

A. ROSENBERG.

19) **J. E. Brennan. Ein Fall von beunruhigender Blutung aus der Nase. (Report of a case of alarming hemorrhage from the nose.)** *Louisville Medical Monthly. December 1896.*

Der Fall bietet nichts Ungewöhnliches.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

20) **J. van Campen** (Amsterdam). **Blutung aus dem Thränencanal bei Nasenbluten. (Bloeding uit het traankanaal bij neusbloeding.)** *Med. Weekbl. 1896. III. No. 33.*

Ein Fall von traumatischer Blutung aus Mund, Nase, Ohr und Auge, wobei Schädelbasisfractur ausgeschlossen werden konnte. Als v. C. die Patientin sah, blutete sie noch aus Nase und Ohr. Nach vorderer und hinterer Nasentamponnade sistirte das Ohrenbluten; sie fing aber wieder an, aus dem Thränenpunkt zu bluten.

H. BURGER.

21) **W. W. Bulette. Ein Fall von Asthma infolge von nasaler Verstopfung und adenoiden Wucherungen in der Rachenwölbung. (Case of asthma due to nasal obstruction and adenoids of the pharyngeal vault.)** *New England Medical Monthly. Juni 1896.*

Der 11jährige Patient wurde durch die Operation geheilt. Verf. berichtet

über den Nutzen der Cocainisirung vor der Narkose und während der Vornahme der Operation. Da die Geruchsempfindung dès Patienten für das Anaestheticum herabgesetzt ist, wird die erstickungsartige Beklemmung nicht so gefühlt; das Erregungsstadium ist abgekürzt; das Erbrechen seltener.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **J. A. S. Mc Cassy. Heufieber. (Hay fever.)** *The Medical Progress. December 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

23) **Norton L. Wilson. Harnsäure als Factor bei der Entstehung von Heufieber. (Uric acid as a factor in the production of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 26. December 1896.*

Drei Factoren sind für das Zustandekommen der Krankheit wesentlich:

1. Eine constitutionelle Praedisposition;
2. Ein äusserer Reiz;
3. Ein pathologischer Zustand der Nasenschleimhaut.

Die praedisponirende constitutionelle Anlage ist eine Neurose und diese kann mit einer Reizung durch Harnsäure wohl zusammenhängen. Neurasthenie und Lithaemie sieht man oft nebeneinander.

Was Punkt 2 anlangt, so kann neben dem Pollenstaub, Dünsten, Gerüchen und anderen mechanischen äusseren Reizen wohl auch die Harnsäure als wesentlicher Reiz für die Schleimhäute von Bedeutung sein.

Der dritte Factor, die Veränderung der Nasenschleimhaut, braucht erst die Folge der Reizung zu sein und so lassen sich unter der Harnsäure-Theorie alle 3 Factoren vereinigen, die Neurose, der lokale Reiz und als ihre Folge die pathologische Veränderung der Nasenschleimhaut. LEFFERTS.

24) **Redact. Notiz. Natrium bisulfuricum bei Behandlung von Heufieber. (Sodium bisulphate in the treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 12. December 1896.*

Rp. Natrium bisulfur 1,0.
Aqu. destill. 500,0.
M. D. S. Zur Ausspülung der Nase. LEFFERTS.

25) **J. H. Mc Cassy. Nasenkrankheiten als Ursache von Kopfschmerzen. (Nasal affections as cause of headaches.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 5. Sept. 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

26) **Martin. Reflexstörungen infolge von Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muscheln. (Troubles reflexes consécutifs à l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs.)** *Bull. et Mém. d. l. Soc. franç. de laryng. p. 146. Paris. Rueff édit. 1896.*

Bei Kranken mit Ohrensausen heilte Verf. diese Erscheinung durch Abtragung der hypertrophirten hinteren Muschelenden. Da die Schwellung nicht so

hervorragend war, um mechanisch auf die Tube einen Druck zu üben, glaubt Verf., dass es sich um eine reflectorische Störung handelte. E. J. MOURE.

27) **Blondiau. Reflexstörungen bei gewissen pathologischen Zuständen der Nase. (Réflexes déterminés par certains états pathologiques du nez.)** *Rev. internat. de laryngol. No. 9. September 1896. La Belgique. No. 34. 1896.*

Verf. berichtet über 3 Patienten mit Hustenanfällen, Asthma und Athembeschwerden mit Niess-Paroxysmen, die durch chirurgische Beseitigung ihrer nasalen Veränderungen geheilt wurden. Bei dem ersten bestand eine Spina septi, beim zweiten Polypen, beim dritten Hypertrophie der Muschelenden. (Vergl. Sitzungsbericht der Belg. Otolaryngol. Gesellschaft vom 7. Juni 1896.) E. J. MOURE.

28) **Gerber** (Königsberg). **a) Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus.** Akadem. Antrittsvorlesung. Königsberg. 1896. — **b) Etwas über Nasen.** *Sammlung gemeinverst. wissensch. Vorträge. Heft 256. 1896.*

In seiner Antrittsvorlesung bespricht G. erst die äussere Nase, in zweiter Linie die Functionen derselben und im Anschluss hieran die Störungen des Geruchsinnes, der Sprache und der Respiration. Des weiteren werden die Beziehungen der Nase zum Digestionstraktus, zum Ohre, zum Auge, zum Gehirn, zum übrigen Nervensystem, zum Circulationsapparat, zum Genitalsystem und zur äusseren Haut betrachtet. Ganz kurze Bemerkungen am Schluss haben das Verhalten der Nase bei einzelnen Krankheiten zum Gegenstand.

Für einen populären Vortrag ist der Inhalt dieser Antrittsvorlesung umgearbeitet. SEIFERT.

29) **B. A. Randall. Rhinitis als ursächliches Moment bei phlyctaenulärer Ophthalmie und ihre therapeutische Berücksichtigung. (Rhinitis as a factor in phlyctaenular ophthalmia with its therapeutic consequences.)** *N. Y. Med. Journal. 12. December 1896.*

Nasenaffectionen sind von hervorragender Bedeutung für die Entstehung phlyctaenulärer Conjunctivitis und Keratitis. In der grossen Mehrzahl der Fälle findet man eine Hyperämie und Secretionssteigerung der Nasenschleimhaut. Behandlung dieser hilft oft schneller, als locale Maassnahmen am Auge. Die einfacheren Nasenaffectionen soll der Ophthalmologe selbst behandeln; dazu gehört weder ein grosser Apparat noch eine besondere Geschicklichkeit. R. benutzt einfache alkalische oder ölige Sprays, er macht Calomeleinblasungen, pinselt den Rachen mit Jodlösungen u. s. w. LEFFERTS.

30) **J. H. Mc Cassy. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 26. December 1896.*

Nichts Wesentliches. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **Isaia. Klinischer und operativer Beitrag zur Kenntniss der Osteome der Nasenhöhle. (Contribution clinique et operatoire à l'ostéome des fosses nasales.)** *Rev. internat. de rhinologie etc. No. 11. November 1896.*

Das Interesse des Falles liegt in der vom Verf. gewählten Operationsmethode.

Verf. schnitt einen Theil des Tumors mit der Knochenzange los. Mittelst Bohrer und Galvanokauter perforirte er dann in mehreren Sitzungen die Neubildung von der natürlichen Oeffnung her. Er verbreiterte den gebohrten Kanal, bis er die Knochenzange einführen und den Tumor vollständig abtragen konnte.

E. J. MOURE.

32) **G. Juffinger** (Innsbruck). **Ueber Fremdkörper in den Nasenhöhlen.** Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck am 31. October 1896. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1897.*

Nach Erörterung der Pathogenese, Symptomatik und Therapie, Demonstration verschiedener mineralischer, pflanzlicher und thierischer Fremdkörper-Objecte.

CHIARI.

33) **Adolph Bronner. Die Wichtigkeit der Frühdiagnose und Behandlung bei nasaler Verstopfung. (The importance of an early diagnosis and treatment of nasal obstruction.)** *Brit. Med. Journal. 12. September 1896.*

Vortrag gehalten in der Abtheilung für Kinderheilkunde auf dem Carlisle Meeting der B. M. A. Der Verf. betont die grosse Häufigkeit der Nasenverstopfung im Norden Englands. Die Folgen derselben lassen sich in 2 Klassen theilen: 1. Die Wirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand und auf die Entwicklung des Kindes: Aprosexie, Hühnerbrust, schwache körperliche und geistige Entwicklung, Empfänglichkeit für lokale Infection (Diphtherie u. a.) und Allgemeininfectionen (Tuberculose, Scarlatina etc.). 2. Die Wirkungen auf die benachbarten Organe (Tonsillitis, Taubheit, Bronchitis, Asthma etc.).

ADOLPH BRONNER.

34) **Walker Downie** (Glasgow). **Ein Fall von angeborenem membranösem Verschluss der linken Nasenhälfte bei einem Kinde. (A case of congenital membranous occlusion of the left naris in a child.)** *Glasgow Med. Journal. Oct. 1896.*

Das Kind, das im Alter von 14 Monaten in Verf.'s Behandlung kam, litt an congenitaler Syphilis.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

35) **Pluder** (Hamburg). **Congenitales Diaphragma einer Choane und Gesichtsasymmetrie.** Festschrift des ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

Die Alveolarfortsätze des Ober- und Unterkiefers zeigen auf der der Choanalverstopfung entsprechenden Seite Verlust der Bogenform, nähern sich mehr der Sehne dieses Bogentheils und damit mehr der Medianlinie. Es handelt sich wohl um im Fötalleben einwirkende Momente und zwar um eine Zeit, wo auch die Entstehung des Choanaldiaphragmas stattfindet; beide abnorme Wachsthumsvorgänge stehen wahrscheinlich in einem bestimmten Zusammenhange.

A. ROSENBERG.

36) **Lewis S. Somers. Ein Fall von Trennung der Nasenknorpel. (Separation of the nasal cartilages. With report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1896.*

Der Pat. hatte bei einem Ueberfalle einen heftigen Schlag von rechts her auf die Nase erhalten. Die vorderen Nasenknorpel waren beiderseits von dem Nasenbein getrennt. Anzeichen einer Fractur waren nicht vorhanden. Es be-

stand nur sehr starke Druckempfindlichkeit und die Knorpel gaben beim Verschieben an der knöchernen Nase das Gefühl der Crepitation. Eine chirurgische Behandlung erwies sich nicht als nothwendig. LEFFERTS.

37) **Freytag. Zur Kenntniss der Nasenfracturen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 5. 1896.*

In Folge eines Faustschlages auf die Nase eines 10jährigen Knaben war eine complicirte Fractur eingetreten; aus der rechten Nase resp. Choane wurde ein Knochenstück — ein grosser Theil der unteren Muschel — entfernt, worauf die rechte Nase von eitrigem Secret und Granulationen ausgefüllt erschien; der Nasenrücken war in der Mitte eingesunken, das knorplige Septum nach links verbogen. Es handelte sich also um eine Fractur des Nasenfortsatzes des Oberkiefers mit Bruch der unteren Muschel und Luxation der letzteren nach links. SCHECH.

38) **L. Rethi** (Wien). **Ueble Zufälle nach Nasenoperationen.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. 4. H. 3. 1896.*

62jähriger Herr, wegen Nasenpolypen operirt, stirbt nach ca. 8 Tagen an Pyosepticämie mit haemorrhagischer Nephritis, Unterhautzellgewebs- und Gelenkseiterung, Venenthrombose in der Pia mater und eitriger Hirnhautentzündung. Ein Verschulden bei der Operation und Nachbehandlung lag nicht vor. Verf. erwägt, was zur Vermeidung solcher Unglückställe gethan werden kann und betont, dass sie trotz aller Cautelen durch eine Verkettung von Zufällen, deren wir nicht Herr sind, dennoch vorkommen können. F. KLEMPERER.

39) **Kafemann. Ueber eine vereinfachte Methode der Inhalation mittels des Nasenspülglasinhalators.** *Therap. Monatsh. November 1896.*

Das olivenförmige Ende eines modificirten Woakes'schen Spülers wird in den Naseneingang gesteckt und die in demselben befindlichen ätherischen Medicamente (gew. Menthol 4,0; Eucalyptol pur. alb. 2,5; Terpineol 2,0; Ol. pin. puriss. 1,0), nachdem sie durch Erwärmung des Glases flüchtig geworden, eingeathmet. A. ROSENBERG.

40) **Phocas. Adenoide Vegetationen. (Des végétations adenoides.)** *Nord. Med. 15. December 1896.*

Klinische Vorlesung. Nichts Neues. A. CARTAZ.

41) **Brindel. Ergebnisse der histologischen Untersuchung von 64 adenoiden Vegetationen. (Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adenoides.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 30 u. 31. 1896.*

Verf. untersucht die Häufigkeit der Vegetationen nach dem Alter der Patienten, die Natur des Oberflächenepithels und die Charaktere der Vegetationen in den verschiedenen Altern (das Verhältniss der geschlossenen Follikel zum Bindegewebe; der Zustand der Gefässe). Er berichtet ferner über die Untersuchung einer adenoiden Geschwulst, nach deren Abtragung am 5. Tage eine Blutung erfolgt war, und einer anderen, die mit 30 Resorcin-Applicationen (50 pCt. nach Marage) behandelt worden war.

Schliesslich beschreibt Verf. eine latente Adenoiditis lacunaris und widmet den letzten Abschnitt den tuberculösen Vegetationen, deren er 8 auf 64 (= 12,5 pCt.) gefunden hat.

E. J. MOURE.

42) **S. K. Merrick. In welchem Maasse atrophirt die vergrösserte Rachentonsille in den Pubertätsjahren? (To what extent does the hypertrophied pharyngeal tonsil atrophy at or about puberty?)** *N. Y. Med. Record. 5. December 1896. Maryland Med. Journal. 12. December 1896.*

Verf. wendet sich gegen die unter den Aerzten so verbreitete Ansicht, die auch in manche Lehrbücher übergegangen ist, dass adenoide Vegetationen zwischen dem 12. und 14. Lebensjahre von selbst verschwinden. Nach seinen Erfahrungen ist dies nicht der Fall. Es würden auch nicht so viele Aeltere operirt werden müssen, wenn alle Mandelhypertrophien zur Pubertätszeit zurückgingen. Spontan verschwinden die Adenoide nach seiner Ansicht nach dem 30. Jahre.

LEFFERTS.

43) **D. Bryson Delavan. Die schliessliche Prognose vernachlässigter adenoider Vegetationen. (The ultimate prognosis in neglected adenoid hypertrophy.)** *New York Polyclinic. 15. December 1896.*

Verf. ist der Ansicht, dass adenoide Hypertrophien, sich selbst überlassen, selten spontan heilen; welche Veränderungen sie auch später eingehen, hinterlassen sie doch stets locale pathologische Zustände, die das ganze Leben lang bleiben und dem Pat. dauernden Schaden verursachen können. Diese pathologischen Zustände sind das Resultat der langdauernden Entzündung mit ihren geweblichen Veränderungen; sie lassen sich kurz so klassificiren:

1. Zustände dauernder Schwellung oder Verdickung;
2. Genuine Atrophie;
3. der als „Thornwaldt'sche Krankheit" bezeichnete Zustand, der wahrscheinlich eine Unterabtheilung der 1. Klasse ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **Danet. Acute Entzündung der Adenoidwucherungen bei einem Kind von 6 Monaten im Anschluss an doppelseitige Mandelentzündung, mit Ausgang in Abscess der Rachenmandel. (Adenoidite aigue consécutive à une double amygdalite chez un enfant de 6 mois. Terminaison par abscès de l'amygdale pharyngienne.)** *Bullet. et. mem. d. l. Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Das Kind hatte mässiges Fieber, Schwellung der Unterkieferdrüsen, Röthung und Schwellung beider Gaumenmandeln. Bei der Exploration des Rachens fühlte der Finger eine weiche Geschwulst, die für adenoide Vegetationen angesehen wurde. Nach der Palpation entleerte sich Eiter durch die Nase; sofort war die Nasenathmung wieder frei und das Kind genas sehr schnell.

E. J. MOURE.

45) **W. J. Clevenger. Die Bedeutung der frühen Erkennung und Behandlung der adenoiden Hypertrophie. (Importance of early recognition and treatment of adenoid hypertrophy.)** *Indiana Med. Journal. August 1896.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **J. A. J. James. Adenoide des Nasenrachenraums. (Adenoids of the naso-pharynx.)** *St. Louis Clinique. December 1896.*

Verf. operirt mit der Zange und zieht bei Kindern unter 14 Jahren die Chloroformnarcose vor. Ist die Geschwulst nur unvollkommen entfernt, so muss ihr Wiederwachsen erwartet werden. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **Helme. Behandlung der adenoiden Vegetationen. (Traitement des végétations adenoides.)** *Bull. et mem. d. l. Soc. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896. p. 80.*

Eine Präventivbehandlung giebt es nicht. Die einzigen Contraindicationen gegen die Operation sind Hämophilie, Arterienanomalien im Rachenraum oder eine acute Phlegmasie im Bereich der oberen Athemwege. Die medicamentöse Behandlung ist ohne Wirksamkeit; bleibt die Abtragung. Vor der Operation pinselt H. den Nasopharynx mit einer glycerinigen Resorcinlösung. Er gebraucht keine Nasendouchen und narcotisirt mit Bromäthyl. Beim Erwachsenen anästhesirt er nur mit Cocain.

Die tuberculösen Adenoidvegetationen müssen wie alle anderen operirt werden. Lermoyez traf dieselben nur ein Mal unter 75 Fällen. E. J. MOURE.

48) **Lacoarret. Die Anwendung der Nasenspülungen bei der Operation der adenoiden Vegetationen. (De la pratique des irrigations nasales dans l'opération des végétations adenoides.)** *Annal. de la Polycl. de Toulouse. No. 8. Octob. 1896.*

L. legt die Anschauungen der Specialisten, welche die Nasendouche rühmen und Derjenigen, welche sie verwerfen, dar. Er tritt selbst den Ansichten der ersteren bei und hält die Douche nur in seltenen Fällen für unstatthaft.

E. J. MOURE.

49) **Thost. Ueber die Operationsmethoden der hyperplastischen Rachenmandel.** Festschrift d. ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

T. verlangt eine radicale Entfernung der Rachenmandel und benutzt dazu in letzter Zeit fast immer das Gottstein'sche Messer; er bespricht alle Operationsmethoden und verwirft, gewiss mit Recht, das Abkratzen mittelst des Fingernagels. Er plaidirt für die Narcose, da in derselben eine gründliche Entfernung vorgenommen werden kann. Stärkere Nachblutungen kommen nur vor, wenn Reste des Tumors sitzen bleiben. A. ROSENBERG.

50) **H. Gardner. Bericht über die Verwendung von Stickoxydgas mit Oxygen zur Beseitigung adenoider Vegetationen. (Note on the administration of nitrous oxide gas with oxygen for the removal of adenoid growths.)** *Clinical Journal. 2. September 1896.*

Im Gebrauch im Charing Cross Hospital. ADOLPH BRONNER.

51) **Katz** (Berlin). **Eine runde Curette zur Entfernung adenoider Vegetationen.** *Therap. Monatsh. September 1896.*

Eine kräftig gearbeitete Curette von 12—15 mm Durchmesser mit einem

0,5 cm betragenden Loche. Am Löffelende ist das Instrument kurz abgebogen, so dass der Schenkel incl. Ring $2^1/_2$—3 cm beträgt, der Winkel zwischen abgegebogenem Schenkel und Stiel ca. 130°.

A. ROSENBERG.

52) **Rougier** (Lyon). **Geschwulst des Nasenrachenraums. (Tumeur naso-pharyngienne.)** *Comité médical du dispensaire général de Lyon 4. Juni 1896. Bull. médic. et administratif. 15. Juni 1896. No. 78.*

74jähr. Patient mit einer umfangreichen Geschwulst, die den Nasopharynx und die linke Nasenhöhle erfüllte. Der Tumor, der wiederholt starke Blutungen verursacht hatte, war schon mehrfach operativ in Angriff genommen worden (Galvanokaustik; Incision des Gaumensegels). R. operirte mit der kalten Schlinge; er zerstückelte den Tumor in 3 Sitzungen; jedesmal war die Blutung erheblich. Es gelang, die Durchgängigkeit der linken Nasenseite zum Theil wieder herzustellen.

PAUL RAUGÉ.

53) **B. Fränkel** (Berlin). **Tamponträger für den Nasenrachen.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. IV. 3. 1896.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das einen Baginsky'schen Tamponträger mit dem Rachen angepasster Krümmung darstellt.

F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Franck** (Altona). **Ein Fall von doppelter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte mit Defect des Os intermaxillare und des Vomer.** Dissert. Würzburg. 1896.

5 Wochen altes Kind: Oberlippe in der Mitte gespalten, Nase vollkommen eingesunken, harter Gaumen gespalten, die Ossa intermaxillaria und der Vomer fehlten vollständig. Der Abstand der beiden horizontalen Gaumenplatten betrug 1,5 cm. Die Lamina perpendicularis des Siebbeines schien erhalten.

SEIFERT.

55) **Chompert. Veränderungen der Zähne bei hereditärer Syphilis. (Altérations dentaires dans l'hérédo-syphilis.)** *Société de dermatol. et syphiligraphie. 10. December 1896.*

Vorstellung von 3 Kranken mit hereditärer Lues, die Missbildungen an den Zähnen darboten. Diese Anomalien sind häufig. Man bemerkt nicht nur das Fehlen der Schneidezähne, besonders der seitlichen, sondern auch Hasenscharten, Atrophie des Zwischenkieferknochens und überzählige Schneidezähne.

PAUL RAUGÉ.

56) **Stephens** und **Wood Smith. Vibrio tonsillaris (Klein), Beschreibung eines aus der Mundhöhle isolirten Vibrios.** *Centralbl. f. Bacter. u. Parasitenkunde. 24. 1896.*

St. und Sm. haben den von Klein zuerst aus dem Rachensekret eines an

Diphtherie Erkrankten isolirten Vibrio wiederholt mit Diphtheriebacillen zusammen gefunden, isolirt und rein gezüchtet. Dieser Bacillus ist nicht pathogen.

SEIFERT.

57) **Bönniger** (Kaldenkirchen). **Ueber Leukoplakia lingualis, buccalis et labialis.** Dissert. Berlin. 1896.

Bericht über 23 Fälle von Leukoplakie aus der Klinik von Joseph. 6mal konnte Lues festgestellt werden, 2mal fraglich, in 11 Fällen war sie bestimmt auszuschliessen, in 4 Fällen fehlten nähere Angaben. Durch Einreiben von concentrirter Milchsäure konnten 9 Fälle geheilt, 5 gebessert werden, 8 Fälle unterbrachen die Behandlung frühzeitig. SEIFERT.

58) **J. Sendziak** (Warschau). **Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraums und des Larynx.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. 4. H. 3. 1896.*

Bemerkenswerth an dem Falle ist das Auftreten des Soor bei einer erwachsenen Patientin (15 Jahre alt) und in Folge einer acuten Krankheit (Diphtherie des Pharynx). Unter Arsengebrauch und Mentholgurgelungen trat in wenigen Wochen Heilung ein. F. KLEMPERER.

59) **J. L. Gordale** (Boston). **Ueber die Identität der gewöhnlich als wanderndes Exanthem der Zunge und Moeller'sche Glossitis superficialis bezeichneten Zustände. (On the identity of the conditions commonly known as wandering rash of the tongue and Moeller's superficial glossitis.)** *Amer. Journal Med. Sciences. November 1896.*

Der Verf. berichtet über 6 Fälle eingehend und bezieht sich noch auf 7 andere, die er beobachtet hat. Die mikroskopische Untersuchung von Stücken, die er von einigen der erkrankten Zungen excidirte, führte ihn zu dem Schluss, dass es sich um eine acute Entzündung der obersten Schicht der Schleimhaut handelt, verbunden mit einer Nekrose und Abschuppung des oberflächlichen Epithels. Die häufige Wiederkehr verursacht eine Hypertrophie der erkrankten Gewebe. Einen specifischen Organismus, der mit der Krankheit in Zusammenhang stände, vermochte Verf. nicht aufzufinden. Er giebt einen sorgfältigen Ueberblick über die Literatur; 4 von seinen Fällen hält er für identisch mit der Moeller-schen Glossitis. Er schlägt den Namen Glossitis superficialis migrans vor.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

60) **Milbradt** (Gulczewo). **Ein Fall von Zungentuberculose.** Dissert. Würzburg. 1896.

50jähriger Mann mit secundärer (wie sich erst bei der Section herausstellte) Zungentuberkulose. Bevor eine radikale Operation vorgenommen werden konnte, ging Pat. an Kachexie zu Grunde. SEIFERT.

61) **Danziger** (Beuthen). **Zungenhalter mit auswechselbarem Mundstück.** *Therap. Monatsh. April 1896.*

Das Ende des Handgriffs besteht aus zwei festen Branchen, zwischen welche ein hölzernes Mundstück eingeschoben wird. A. ROSENBERG.

62) **J. D. Milligan. Ein einfaches Mittel zur Untersuchung des Halses. (A simple means of throat examination.)** *N. Y. Med. Record. 21. Nov. 1896.*

Das Mittel besteht einfach darin, dass das Kind seine beiden Zeigefinger in den Mund steckt, an der Zunge entlang so weit als möglich nach hinten führt und diese bei weitgeöffnetem Mund nach abwärts drückt. Man sieht nach 1 bis 2 Versuchen stets die Tonsillen, bisweilen sogar die Epiglottis. Bei Moribunden und ganz kleinen Kindern ist das Verfahren natürlich nicht anwendbar.

LEFFERTS.

63) **Boltz. Heilung eines Falles von Rundzellensarkom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung.** Festschr. d. ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

Inhalt ergiebt sich aus dem Titel.

A. ROSENBERG.

64) **P. Michalkin. Ueber Angina Ludovici. (O Ljudowigowoi jabe.)** *Medizinskoe Obosrenije. 1896. No. 20.*

Beschreibung von 5 Fällen von Angina Ludovici. 2 derselben gingen von Schleimhautverletzungen der Mundhöhle aus, 3 mussten als primäre angesehen werden. In 4 Fällen wurde durch Eröffnung der Kapsel der Gl. sublingualis Eiter zu Tage befördert und Heilung erzielt, ein Fall ging an metastatischer Pneumonie zu Grunde.

P. HELLAT.

65) **Charrin** (Paris). **Staphylococcen-Endocarditis, am Pulmonalostium localisirt, mit Ursprung von den Mandeln. (Endocardite staphylococcique d'origine amygdalienne siégant sur les valvules sigmoides de l'artère pulmonaire.)** *Semaine médicale. 14. März 1896.*

Junger Mann von 18 Jahren, der nach einer acuten Mandelentzündung eine schwere Allgemeininfection bekam, die tödtlich endete. Die Section ergab bronchopneumonische Herde und Auflagerungen auf den Zipfeln der Pulmonalklappe, in beiden derselben Staphylococcus aureus, der wenige Tage vorher in dem weisslichen Exsudat, das die Mandeln bedeckte, nachgewiesen war.

Verf. bespricht die Bedeutung der Mandeln als Infectionspforte. Pneumococcen, Staphylo- und Streptococcen und Bacterium coli sind die häufigsten Erreger der Infectionen tonsillären Ursprungs. Der noch unbekannte Scharlachkeim (Streptococcen?) dringt wahrscheinlich auch durch die Mandeln ein und auch der Staphylococcus, den Bouchard bei subacutem und chronischem Rheumatismus gezüchtet hat, kann diese Eingangspforte wählen. Die Allgemeinerscheinungen bei allen diesen Infectionen sind theils — wie bei der Diphtherie — durch die Resorption toxischer Producte von der Infectionstelle aus bedingt, theils auch — wie in C.'s Fall — durch die Generalisirung des Mikroben selbst.

PAUL RAUGÉ.

66) **A. S. Mason. Die Verhütung der folliculären Mandelentzündung. (The prevention of follicular tonsillitis.)** *Journal of practical Medicine. December 1896.*

Während einer Epidemie soll ein mildes Antisepticum zum Spülen des Mundes und Gurgeln benutzt werden. Bei chronischen Fällen, die häufigen Reci-

diven unterworfen sind, führt er in jeden Follikel ein Tröpfchen geschmolzenes Argent. nitric. ein. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

67) **Grasset. Die Behandlung der acuten Tonsillitis. (Treatment of acute tonsillitis.)** *Medical News. 19. December 1896.*

G. stellt eine grössere Anzahl von Recepten zusammen, theils zum Gurgeln, theils zum internen Gebrauch. LEFFERTS.

68) **Logucki. Zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. (Etiology of peritonsillar abscess.)** *N. Y. Med. Record. 14. November 1896.*

Verf. unterscheidet die Abscesse zwischen Mandel und vorderen Gaumenbögen und die zwischen der Drüse und hinteren Bögen localisirten. Die letzteren dauern länger und machen schwerere Symptome. Bei der bakteriologischen Untersuchung von 11 Fällen fand er in den Abscessen im Anfang vorwiegend Streptokokken, später Strepto- und Staphylokokken, noch später nur Staphylokokken. Diese Kokken nun finden sich bekanntermassen stets in den Crypten der gesunden Tonsillen. Die acute Tonsillitis giebt die Gelegenheit zu Adhäsionen zwischen Mandel und Gaumenbogen; der Crypteninhalt findet keinen Ausweg mehr, er setzt eine Reizung des peritonsillären Gewebes, in dem die nun virulent gewordenen Kokken die Eiterung verursachen. LEFFERTS.

69) **Hans Ruge** (Berlin). **Die Tuberculose der Tonsillen vom klinischen Standpunkte.** *Virchow's Archiv. Bd. 144. S. 431. 1896.*

R.'s Untersuchungen sind angeregt durch einen auf der Gerhardt'schen Klinik beobachteten Fall von Malum Pottii suboccipitale, bei dem eine alte, ausgedehnte, nicht ulcerirte Tuberculose der rechten Mandel bestand. In den epikritischen Betrachtungen zu diesem Falle legt Verf. dar, dass es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine primäre Tuberculose der Tonsille handelte, die eine Myelitis eines Theiles der Halswirbelsäule zur Folge hatte.

Unter 18 anderen Fällen, in denen Verf. die erkrankten Tonsillen untersuchte, fand er 6 mal Tonsillartuberculose. Er hält die Mandeln für eine wichtige Eingangspforte für Tuberculose. F. KLEMPERER.

70) **M. Mouret. Tuberculose der Mandeln in der vegetativen Form. (Tuberculosis of the tonsils in the vegetative form.)** *N. Y. Med. Journal. 28. November 1896.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine vegetative, nicht-ulcerirende Form von Tuberculose der Tonsillen. Er entfernte bei einem jungen Manne adenoide Vegetationen von den Gaumentonsillen; dieselben wurden in Roule'scher Flüssigkeit fixirt, in Paraffin geschnitten und mit Ziehl'scher Lösung gefärbt. Es fanden sich neben vielen Riesenzellen zahlreiche Tuberkelbacillen. LEFFERTS.

71) **Morel Lavallée. Beitrag zur Diagnose des Schankers der Mandel. (Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale.)** *Bulletin médical. 31. December 1896.*

Diagnostisch sind zwei Symptome von fundamentaler Bedeutung: die Härte

der Mandel, die bisweilen holzhart ist und ein Epitheliom vortäuscht, und die charakteristische Drüsenerkrankung. Der Bubo bei Mandelschanker wird erkannt an seinem Umfang, seiner Hartnäckigkeit und vor Allem an seinem Sitz am Retromaxillarwinkel. Indessen existiren zwei Formen von Mandelentzündung, die bisweilen syphilitischen Schanker vortäuschen: 1. die lacunäre Tonsillitis und 2. eine nicht-ulcerative Form von acuter Tonsillitis mit Induration, eine seltene Affection, von der Verf. einen im Anfang auch für Schanker gehaltenen Fall mittheilt.

PAUL RAUGÉ.

72) **Peyser.. Polypen an den Tonsillen.** *Berliner klin Wochenschrift. 1896. No. 4.*

15jähr. Mädchen litt an Hustenanfällen mit Athemnoth. Man fand neben Rhino-pharyngitis granulosa und Hypertrophie beider Tonsillen am unteren Rande der rechten Tonsille einen flottirenden Polypen, der als papilläres verrucöses Fibrom angesprochen wurde. Tonsillotomie. Heilung.

LANDGRAF.

73) **F. Ardenne. Gutartige Geschwülste der Mandel. (Des tumeurs bénignes de l'amygdale.)** *Thèse de Bordeaux. 1896.*

Nach den Nachforschungen des Verf.'s, der eine Enquête bei den ersten Specialisten Europas veranstaltet hat, sind die gutartigen Geschwülste der Mandel sehr selten. Den 52 bisher veröffentlichten Fällen fügt Verf. 20 neue hinzu. Die hauptsächlichen Varietäten sind: das Fibrom, die häufigste Geschwulst; das Myxom, Lipom, Chondrom (ein einziger Fall), das Papillom, Angiom, Adenom und die Cysten. A. erörtert sorgfältig die Diagnose dieser Tumoren, speciell die differentiell-diagnostischen Momente gegenüber den malignen Geschwülsten, die im Anfang zweifelhaft sein können, gegenüber den encystirten Abscessen, den syphilitischen Processen u. s. w.

A. CARTAZ.

74) **M. Jaboulay. Operationsweg und -methode zur Exstirpation von Mandelgeschwülsten. (Procédé et voie à suivre pour exstirper les tumeurs de l'amygdale.)** *Lyon médical. 9. August 1896.*

Für die Exstirpation von Neoplasmen der Mandeln hat der Chirurg zu wählen zwischen dem natürlichen und dem arteficiellen Wege. Er muss stets für den letzteren sich entscheiden, wenn Drüsen da sind, die mit entfernt werden müssen. Diese Drüsen sitzen am Unterkieferwinkel. Es wird dort eine Xförmige Incision gemacht; der eine Schnitt geht vom Kieferwinkel zum Mastoidfortsatz, der andere folgt dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus. Nach Entfernung der Drüsen dringt man tiefer; der Stylohyoideus und der hintere Bauch des Digastricus, die die grossen Gefässe schützen, müssen hinten gelassen werden. Man kommt so in ein gleichschenkliges Dreieck, dessen Spitze die Mandel bildet und in dem keine Gefässe liegen.

PAUL RAUGÉ.

75) **Wagner** (Langenhain). **Ueber einen Fall von Sarcoma tonsillae.** Dissertat. Würzburg. 1896.

Bei einem Sarcom der linken Tonsille (59jähr. Mann) wurde zur Exstirpation des Tumors die Pharyngotomia subhyoidea nach vorausgegangener Tracheotomie vorgenommen; Bronchopneumonie, Exitus letalis.

SEIFERT.

76) **D. Newman. Epitheliom der Tonsille und des linken hinteren Gaumenbogens durch seitliche Pharyngotomie entfernt. (Epithelioma of tonsil and left posterior pillar removed by lateral pharyngotomy.)** *Lancet. 28. November 1896.*

Vorstellung des Falles in der Glasgow Clinical Society.

ADOLPH BRONNER.

77) **A. Combe** und **Dubousquet-Laborderie. Mandelsteine. (Calculs de l'amygdale.)** *La Tribune méd. 15. Januar 1896.*

Der mitgetheilte Fall interessirt wegen der beträchtlichen Grösse des in der Mandel sitzenden Steines; derselbe war nussgross.

A. CARTAZ.

78) **P. Mc Bride. Pulsirende Gefässe im Rachen. (Pulsating vessels in the pharynx.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1896.*

Verf. hat 3 Fälle dieser Art beobachtet. In zweien handelte es sich augenscheinlich um eine anatomische Abnormität; in einem davon bestanden gleichzeitig andere Gefässanomalien. Verf. stellt die Literatur dieses Gegenstandes kurz zusammen.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

79) **Krebs** (Hildesheim). **Die Behandlung des chronischen Rachen- und Kehlkopfkatarrhs.** *Therap. Monatsh. Juni, Juli 1896.*

Referat über den gegenwärtigen Stand der Therapie des chronischen Halscatarrhs.

A. ROSENBERG.

80) **Walter F. Chappell. Primäre und secundäre Tuberculose des Rachens vom klinischen Standpunkt. (Primary and secondary pharyngeal tuberculosis from a clinical standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1896.*

Verf. berichtet über einen Fall von primärer Rachentuberculose, der die Möglichkeit einer primären tuberculösen Infection durch Rachen und Nasopharynx definitiv erweist, und über zwei Fälle von secundärer Tuberculose des Rachens. Die Abbildungen und die Krankengeschichten lassen die Unterschiede zwischen primärer und secundärer Infection deutlich erkennen. Bei jener Gewebswucherung an der Stelle der Invasion Zeichen von Entzündung und erhebliche locale Stauung; dabei nirgends Zerfall oder Ulceration. Bei allen secundären Fällen dagegen allgemeine Infiltration der Schleimhaut und bald Zerfall und Ulcerationsbildung. Von Interesse ist, dass bei beiden Formen die rechte Seite des Pharynx ausschliesslich oder stärker afficirt ist. Es muss dies auf eine besondere Vertheilung der Lymphwege, die rechts reichlicher oder günstiger liegen, als links, bezogen werden.

LEFFERTS.

81) **C. Schmidt. Die narbigen Verwachsungen des Rachens.** Düsseldorf. 1896. Schneider.

Eingehende Besprechung der Verwachsungen im oralen, laryngo- und nasopharyngealen Theile des Rachens und ihrer Behandlung.

Zur Offenhaltung der bei Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand operativ hergestellten Oeffnung benutzt Verf. einen Apparat von der Form

eines Gaumenobturators, bestehend aus einer Gaumenplatte mit nach hinten gerichtetem Stiel, über den eine spiralförmige Verbindungsfeder gezogen ist und die ihrerseits die in die Oeffnung geschobene Canüle trägt.

Bei grosser Dicke der Narben im Cavum laryngo-pharyngeum benutzt Sch. eine von oben nach unten schneidende, nach allen Richtungen verstellbare Zange.

Bei der Nachbehandlung verwendet er zur Dilatation Laminariastengel.

A. ROSENBERG.

82) **Kayser** (Breslau). **Zur Kritik der sog. Pharyngotherapie.** *Therapeutische Monatsh. Mai 1896.*

Es ist keineswegs nothwendig, dass die Inhalationsinfection immer nur vom Anfangstheil des Respirationstractus ausgeht, und dann werden keineswegs alle Buchten und Spalten der Nase durch Ausspülung von allen anhaftenden Mikroben befreit, und selbst wenn dies geschähe, werden in den nächsten Minuten wieder neue Keime eingeführt.

Somit ist also die von Heller und Ziem empfohlene Ausspülung der Nase und des Nasenrachens, die eine Infection verhüten oder eine bereits erfolgte bekämpfen soll, nutzlos und andererseits nicht ohne Gefahr, da durch die Ausspülung Eiter und Mikroben in die Tiefe, Nebenhöhlen, Rachen, Magen, Kehlkopf u. s. w. verschleppt werden können.

A. ROSENBERG.

d. Diphtheritis und Croup.

83) **Sudeck. Ueber das Vorkommen von diphtherieähnlichen Bacillen in der Luft.** Festschr. d. ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

S. fand in der Zimmerluft diphtherieähnliche oder Pseudodiphtheriebacillen, ebensolche konnten in einem grösseren Procentsatz der Fälle aus dem Blute diphtheriekranker Menschen gezüchtet werden.

A. ROSENBERG.

84) **Hermann M. Briggs** (New York). **Untersuchungen über die Virulenz von Diphtheriebacillen, die sich gelegentlich im Halssecrete von Patienten fanden, welche klinisch das Bild einfacher acuter Angina darboten. (Some investigations as to the virulence of the diphtheria bacilli occasionally found in the throat secretions in cases presenting the clinical features of simple acute angina.)** *Amer. Journ. of Med. Sciences. October 1896.*

Die Arbeit ist von grossem Interesse. B.'s Untersuchungen ergeben, dass wenn typische Diphtheriebacillen gezüchtet wurden von Fällen einfacher Angina (Fälle ohne Membran), diese in der grossen Mehrzahl sich für Thiere als sehr virulent erwiesen. Klinisch müssen danach auch diese Fälle als Diphtherie angesehen werden.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

85) **Féré. Die immunisirende Fähigkeit des normalen Pferdeserums gegen Diphtherie. (Immunizing power of normal horse serum against diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

Das Serum normaler Pferde war, auf Meerschweinchen übertragen, bisweilen

ohne Wirkung, in anderen Fällen hatte es leicht immunisirende Fähigkeiten, manchmal sogar ausgesprochene. Dies erklärt, dass bei Behandlung der Diphtherie auch mit gewöhnlichem Pferdeserum in einigen Fällen Erfolge erzielt wurden.

LEFFERTS.

86) C. H. H. Spronck (Utrecht). **Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis, controlirt durch das Diphtherieserum. (Le diagnostic bacteriologique de la diphthérie, controlé par le serum antidiphthérique.)** *Semaine médicale. 12. August 1896.*

Wenn in zweifelhaften Fällen ein diphtherieähnlicher Bacill durch das Mikroskop, die Cultur und den Thierversuch nicht zu identificiren ist, so giebt das Heilserum ein sicheres Criterium. Man prüft, ob das spezifische Serum seine immunisirende und heilende Wirkung gegenüber dem fraglichen Bacill entfaltet.

Sp. erkennt nach seinen Untersuchungen einen von dem echten Loeffler-schen Bacillus unabhängigen, für Thiere aber virulenten Pseudodiphtheriebacillus an; der Hoffmann'sche Pseudodiphtheriticus ist eine abgeschwächte Form dieses.

PAUL RAUGÉ.

87) Guiraud. **Der Lauf der Diphtherie im Südwesten Frankreichs. (Marche de la diphthérie dans le sudouest de la France.)** *Soc. de Biologie. 21. November 1896.*

Die Mortalitätscurven zeigen, dass die virulenten Krankheiten in ihrer Schwere Schwankungen aufweisen, die sich in regelmässiger und periodischer Wiederkehr wiederholen. So ist im Südwesten Frankreichs die Diphtherie seit 3—4 Jahren auf einem Minimum, das sie seit 1880 nicht erreicht hat. Diese Thatsache muss man in Anschlag bringen, will man den Werth therapeutischer Methoden richtig würdigen. Ferner muss man auch an die Antiseptik denken, die regelmässiger und besser heutzutage gehandhabt wird, und an die verfeinerte Diagnostik, die alle die leichten Fälle der Diphtherie zuzählt, welche man früher verkannt hat.

PAUL RAUGÉ.

88) Walter J. Freeman. **Diphtherie des Nasenrachenraums. (Diphtheria of the naso-pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 31. October 1896.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, aus denen er den Schluss zieht, dass der Nasopharynx oft der Ausgangspunkt der Diphtherie ist. Der Untersuchung dieses Theiles soll grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da die Prognose um so besser ist, je früher die Diagnose gestellt wird. In F.'s Fällen breiteten sich die Membranen nicht weiter aus und die Fälle verliefen mild, wie Verf. meint, weil der Nasopharynx frühen und gründlichen Reinigungen unterzogen wurde.

Als Incubationszeit der Diphtherie wird meist eine Zeit von 4 Tagen angegeben. Gewisse Fälle — z. B. wenn dem Arzt bei der Untersuchung des Patienten der Ansteckungsstoff direkt in's Gesicht gehustet wird — beweisen, dass die Incubation in 12—36 Stunden vollendet ist. Auch das Thierexperiment macht diese Incubationsfrist wahrscheinlich. Dauert die Incubation also Tage und Wochen, so darf angenommen werden, dass der Infectionsstoff an Masse oder Virulenz zu gering war und noch Zeit zur Entwicklung bedurfte.

LEFFERTS.

89) **N. Swoboda** (Wien). **Zur Aetiologie der Melaena.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1896. No. 41.*

3 Kinder mit hereditärer Lues erkrankten an Diphtherie, die nekrotischen Stellen wurden zur Quelle einer schweren Blutung, die unter dem Bilde der Melaena zum Tode führte. S. meint, dass tödtliche Blutungen aus der Nase im frühesten Lebensalter durchaus nicht so selten sind, wie allgemein angenommen wird.

CHIARI.

90) **J. J. Kinyoun. Die Verhütung der Diphtherie. (Prevention of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. October 1896.*

Verf. stellt folgende Thesen auf:

1. Alle Staaten müssen gemeinsame Regeln und Regulative zur Verhütung der Krankheit und ihrer Verbreitung ausarbeiten und deren Durchführung gemeinsam überwachen.
2. Die Sicherung der Diagnose muss überall durch behördliche Laboratorien erleichtert und auf gleichmässige Art durchgeführt werden.
3. Die Anzeigepflicht muss auf alle suspecten Fälle — unter Ausschluss der Namen Croup und membranöser Croup — in denen Diphtherie nicht durch bakteriologische Untersuchung ausgeschlossen ist, ausgedehnt werden.
4. Isolirung im Hause oder Spital muss bis zur erfolgten Heilung und bis das Verschwinden der Bacillen erwiesen ist, durchgeführt werden.
5. Die tägliche Untersuchung der Schulkinder durch Schulärzte ist nothwendig (der von S. H. Durgin [Boston] gemachte Vorschlag wird empfohlen).
6. Schulsachen, Zimmer, Bücher etc. müssen bei Infectionsverdacht öfter desinficirt werden.
7. Die Serumbehandlung muss bei Inficirten frühzeitig eingeleitet werden. Kinder, die der Infection ausgesetzt waren, sollen praeventiv geimpft werden.

LEFFERTS.

91) **Soerensen. Versuche mit Serumtherapie bei Diphtherie im Blegdomspitale in Kopenhagen.** *Therap. Monatsh. März 1896.*

Von 385 Kindern mit Diphtherie ohne Stenose 61 = 16 pCt. Verlauf und Dauer der Krankheit stellten sich bei den mit Serum behandelten nicht günstiger als in den Fällen, wo kein Serum angewendet wurde; bei den ersteren kamen vielmehr häufiger Albuminurie, Blutungen und Lähmungen vor.

Die mit Serum behandelten schweren Fälle zeigten nicht nur dieselbe Mortalität, sondern auch denselben Verlauf und dieselbe Dauer wie die ohne Serum behandelten.

A. ROSENBERG.

92) **Rubens** (Gelsenkirchen). **Die Serumtherapie bei Diphtherie.** *Therapeut. Monatsh. April 1896.*

Empfehlung der Serumtherapie, bei der weniger Nierenentzündungen und Lähmungen vorkommen als bei andersartiger Behandlung.

A. ROSENBERG.

93) **Gottstein** (Berlin). **Ueber Todesfälle, welche nach der Anwendung des Diphtherieheilserums beobachtet worden sind.** *Therap. Monatsh. Mai 1896.*

7 Todesfälle diphtheriekranker Kinder, 4 Todesfälle nach Serum bei nicht diphtheriekranken Kindern.

A. ROSENBERG.

94) **Krückmann** (Neukloster i. M.). **Ein Vergiftungsfall mit Behring'schem Diphtherieheilserum.** *Therap. Monatsh. Juni 1896.*

K. spritzte sich prophylaktisch eine kleine Quantität Serum ein und bald darauf stellten sich Auftreibung des Leibes, Angina cordis, Schwindel, Frost, Quaddeln auf der Haut u. a. Erscheinungen auf, die aber spurlos nach kürzerer Zeit schwanden.

A. ROSENBERG.

95) **Bernheim** (Berlin). **Zur Kritik der Serumbehandlung bei Diphtherie.** *Therapeut. Monatsh. Juni 1896.*

Das Absinken der Mortalität in letzter Zeit beruht nicht auf der Anwendung des Serums, sondern erklärt sich daraus, dass wir uns seit etwa 1 Jahrzehnt auf dem absteigenden Wege einer schweren Epidemie befinden.

Allerdings hat B. nur in 4 Fällen das Serum angewendet.

A. ROSENBERG.

96) **Zuppinger** (Wien). **Ueber die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtheritis im Jahre 1895 aus dem Kronprinz Rudolf-Kinderspitale zu Wien.** *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 22.*

Z. erklärt das Serum für das beste der bis jetzt für Diphtherie bekannten Heilmittel, weist jedoch auf die grossen Schwankungen in den einzelnen Jahresabschnitten seiner Statistik bezüglich des Erfolges hin.

CHIARI.

97) **S. v. Gerlóczy** (Budapest). **Ueber den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis.** *Wiener klin. Rundschau. 1896. No. 22, 23, 24, 27.*

G. machte seine Versuche mit Serum von Behring, Roux, Preisz und Pertik-Nékám und kam mit allen Fabrikaten beiläufig zu demselben günstigen Resultate.

CHIARI.

98) **M. Tschlenow. 102 Fälle von Diphtheritis, welche in der Landpraxis mit Serum behandelt wurden. (102 slutschaja difteri, letschennich siworotkoi w selskoi praktike.)** *Djetskoja Medizina. 1896. No. 3.*

Die Sterblichkeit in den 102 Fällen, welche je nach dem Tage, an welchem die Behandlung eingeleitet wurde, variirte, betrug im Ganzen 15,6pCt. Da dieses Resultat trotz der denkbar ungünstigsten hygienischen Bedingungen in Folge der grossen Armuth der Landbevölkerung und des religiösen Fanatismus (Es war Fastenzeit und daher erhielten die Kinder trotz Anordnung des Arztes keine Milch) erzielt wurde, so schliesst Verf. daraus auf die grosse Bedeutung des Serums. Der anfängliche Unglaube des Volkes gegen die „Maschine“ (so wurde die Spritze vom Volke bezeichnet) machte bald der umgekehrten Erscheinung Platz. Man brachte Kinder trotz der Kälte im Umkreise von 50 Werft zum Arzt.

P. HELLAT.

99) **Poliewktow** (Moskau). **Ein Fall von Diphtheritis bei einem neugeborenen Kinde. (Slutschai difteri u noworejdennawo rebenka.)** *Djetskaja Medizina. 1896. No. 3.*

Die Ueberschrift besagt Alles. Heilung erfolgte durch 2 Einspritzungen von 800 J. E. Serums.

P. HELLAT.

100) **A. Kowalski de Schmieden Kurzer Bericht über Fälle von Diphtherie der oberen Luftwege. (Krotkoje soobschtschenije o difteri weschnich dichatelnich putei.)** *Djetskaja Medizina. 1896. No. 5.*

Bericht über 66 Fälle. 56 wurden mit Serum behandelt. 4 Todesfälle.

P. HELLAT.

101) **M. Kalmykow. Antidiphtherie-Serum bei Croup. (Protiwo difteriinaja siworotka pri krupe.)** *Medizinskoe obosrenie. 1896. No. 19.*

K. hält den Croup bei Bauernkindern in den meisten Fällen (? Ref.) für tödtlich. Er wandte in 5 Fällen das Diphtherie-Serum mit Erfolg an.

P. HELLAT.

102) **R. Sektorow. Beobachtungen über die Wirkung des Antidiphtherie-Serums als Heil- und prophylaktisches Mittel. (Nabljudenija nad djeistwijem protiwo difteriinoi suworotki kon letschebnawoi profilaktitscheskawo sredstwa.)** *Medizinskoe obosrenie. 1896. No. 19.*

S. beobachtete 1891 und 1895 eine Diphtheritisepidemie im Moskauer Stadtkrankenhause für Scharlach. Diese zwei Epidemien, in denen alle Bedingungen bis auf Kleinigkeiten dieselben waren, vergleicht der Autor unter einander. Während der ersten Epidemie starben 63,1 pCt., in der zweiten 25,64 pCt. Prophylaktisch wurden während der letzten Epidemie 133 Kinder im Hospital geimpft. Von diesen erkrankten nach Verlauf von 3 Wochen 9 an Diphtherie; Alle genasen.

HELLAT.

103) **H. Ripault. Ein Fall von Diphtherie der Conjunctiva und des Augenlids mit Serum behandelt. (Un cas de diphthérie conjonctivo-palpébrale traitée par la sérothérapie.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. 1896.*

4jähriges Mädchen mit Augendiphtherie; die bakteriologische Untersuchung ergab Loeffler'sche Bacillen und Reincultur. Sehr schnelle Heilung nach Injection von Roux'schem Serum ohne jede weitere Behandlung.

E. J. MOURE.

104) **Francis Riley. Ein Fall von Diphtherie, complicirt mit Bronchopneumonie und Hautemphysem, mit Serum behandelt und geheilt. (A case of diphtheria complicated with broncho-pneumonia and cutaneous emphysema and treated with antitoxin. Recovery.)** *Lancet. 3. October 1896.*

10jähriger Knabe; seit 4 Tagen krank. Mehrfache Erstickungsanfälle. Es wurden 3 Injectionen gemacht. 2 Tage nach der ersten wurde beiderseitige Bronchopneumonie konstatirt, ferner Hautemphysem über dem Sternum und der linken Brustseite. Das letztere verschwand nach 3 Tagen. Verf. nimmt an, dass die Wandung der unteren Trachea oder des Bronchus durch die Membranbildung durchlässig geworden war.

ADOLPH BRONNER.

105) **A. Jefferis Turner** und **L. N. Ashworth** (Brisbane Queensland). **Der Werth des Serums für die Behandlung der Diphtheritis. (The value of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Intercolonial Medical Journal of Australian. 20. October 1896.*

Die Verf. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Serumtherapie hat die Mortalität der Diphtherie im Kinderkrankenhause von Brisbane erheblich heruntergedrückt. 2. Die geringe Mortalität ist besonders bemerkbar bei den Kehlkopffällen. 3. Die Gesammtmortalität ist um $^3/_4$ geringer. 4. Toxische Symptome wurden selbst nach grossen Serumdosen nicht bemerkt. 5. Die Zeit der Reconvalescenz ist kürzer geworden. 6. Bei genügend frühzeitigem Eintritt der Behandlung soll kein Kind mehr an Diphtherie sterben. Zu diesem Zwecke aber müssen grössere Dosen Serum injicirt werden. als man jetzt für gewöhnlich in Gebrauch hat. A. J. BRADY.

106) **G. E. Cartwright** und **Wood. Die Erzeugung starken Diphtherieserums. (The production of potent diphtheria antitoxins.)** *Lancet. 24. October 1896.*

Die Verff. nehmen Bezug auf die Feststellungen von Sidney Martin (Lancet 17. October 1896), wonach der Gebrauch stärkeren Serums nicht nur die Mortalität heruntersetzt, sondern auch das Vorkommen von diphtheritischer Lähmung seltener macht. Die Pferde werden mit Diphtherie-Albumose injicirt; dadurch werden sie viel schneller widerstandsfähig gegen das Virus. Die Capacität der einzelnen Pferde zur Bildung hochgradigen Serums ist eine sehr wechselnde. Die Serumproduction ist deshalb eine sehr kostspielige.

ADOLPH BRONNER.

107) **Sevestre** (Paris). **Ueble Erscheinungen nach Injection von Roux'schem Serum verursacht durch Streptokokken. (Des accidents causées par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux.)** *Bulletin médical. 2. Februar 1896.*

Verf. studirt die nach Seruminjection auftretenden Erscheinungen. Er theilt sie in unmittelbar danach sich zeigende (Puls- und Temperaturveränderung, vorübergehend, meist günstig) in Früh- und Späterscheinungen. Die frühen treten am 5. oder 6. Tage auf; dazu gehört die Urticaria. Die späten erscheinen am 13. oder 14. Tage; Verf. zählt dazu das Fieber, Erbrechen, Gelenkschmerzen, masern- und scharlachähnliche Exantheme, Albuminurie. Diese bezieht Verf. nicht auf das Serum, sondern auf eine Streptokokkeninfection. In reinen Diphtheriefällen kommen sie nicht vor. PAUL RAUGÉ.

108) **Bose. Bedeutung der nach Injection von Diphtherieserum beobachteten Erscheinungen. (Significance of phenomena consecutive to injections of antidiphtheritic serum.)** *N. Y. Med. Record. 19. September 1896.*

Verf. bespricht die Bedeutung des Fiebers, der Circulationsstörungen und der Albuminurie, die nach Injection von Diphtherieserum vorkommen. Diese kommen ebenso nach Injection normalen Serums zur Beobachtung; sie können aber der Krankheit gegenüber von Nutzen sein. LEFFERTS.

109) **A. C. White. Diphtherieserum. Die Indicationen für seinen Gebrauch und die Art seiner Anwendung. (Antitoxin. Indications for its use and mode of administration.)** *Brooklyn (N. Y.) Med. Journal. Februar 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **Hüls** (Berlin). **Ueber die Localbehandlung der Diphtherie.** *Therapeut. Monatsh. September 1896.*

Empfehlung des Argent. nitr., oder als Ersatzmittel Salpetersäure, essigsaure Lösungen, Brom-, Carbol- und Salicyllösnngen. A. ROSENBERG.

111) **Elsaesser. Rachendiphtherie. (Pharyngeal diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 7. November 1896.*

Rp. Atropin. sulfur. 0,045.
Cocain. muriat. 0,75.
Aqu. amygdal. amar. 300,0.

M. D. S. 1 stündlich 1 Tropfen für jedes Jahr des Kindes.

Bei Erwachsenen, je nach der Constitution des Patienten und der Schwere der Erkrankung, 1—15 Tropfen stündlich. Die Häufigkeit der Darreichung des Mittels ist von Bedeutung und anfangs soll die Medication auch Nachts nicht ausgesetzt werden. LEFFERTS.

112) **Bloch. Citronensäure bei Diphtheritis. (Citric acid in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 7. November 1896.*

Verf. giebt 2 stündlich 1 Thee- bis 1 Esslöffel voll einer 10 proc. Lösung. Innerhalb 24 Std. fangen die Membranen in leichteren Fällen an zu erweichen und sich abzustossen. Von 114 Fällen, unter denen 31 als schwere anzusehen waren, starben 9,6 pCt. Von den 11 Gestorbenen waren 5 erst 4—7 Tage nach Beginn der Erkrankung dem Krankenhaus zugegangen. LEFFERTS.

113) **L. Dobson. Der Ipecacuanha-Dampf-Spray nach der Tracheotomie. (The Ipecacuanha steam spray after tracheotomy.)** *Brit. Medical Journ. 14. November 1896.*

Eine heisse Lösung von Ipecacuanha-Pulver und Wasser zu gleichen Theilen ist sehr nützlich zur Reinigung der Canüle. ADOLPH BRONNER.

114) **L. d'Astros. Die Intubation des Kehlkopfs bei Croup vor und seit der Serumtherapie. (L'intubation du larynx dans le croup avant et depuis la sérotherapie.)** *Marseille méd. 15. October 1896.*

Die Diphtherie in den Krankenhäusern von Marseille war stets sehr schwer. Während der letzten 3 Jahre vor Einführung des Serums betrug die Mortalität der intubirten Fälle von Croup im Mittel 89pCt. Seit der Anwendung des Roux'schen Serums ist diese Ziffer merklich gesunken. Innerhalb 18 Monaten hat Verf. die Intubation 113 mal wegen Croup vorgenommen. Diese Fälle theilen sich in

a) nicht-diphtheritischer Croup: 14 Fälle. Es starben 5 = 35,7 pCt.
b) diphtheritischer Croup (rein oder Mischinfection): 99 Fälle. Gestorben 44 = 44,4 pCt.

Von den letztaufgeführten 44 starben 15 gleich am 1. Tage ihres Spitalaufenthaltes, ehe das Serum noch hatte wirken können.

Verf. bespricht am Schluss die Indicationen und die Complicationen der Intubation.

A. CARTAZ.

115) **H. Gillet. Neue Operationsweisen beim Croup. Forcirte Erweiterung der Glottis und Auswischung des Kehlkopfs. (Nouveaux procédés opératoires du croup. Dilatation forcée de la glotte, écouvillonage.)** *Journal des Practiciens. 27. Juni 1896.*

Die Tracheotomie, früher allein in Gebrauch, wird mehr und mehr verdrängt von der Intubation, die „in unseren Kinderspitälern heute bevorzugt" wird. Dazu kommen zwei neue Methoden: 1. Die forcirte Dilatation, die von Renou (Saumur) vorgeschlagen wird und 2. die Auswischung nach Variot. Jede dieser Operationen hat ihre besonderen Indicationen. Die Erstickungsanfälle bei Diphtherie haben 3 Ursachen: Die Verstopfung durch Anhäufung der Pseudomembranen, die Congestion der Schleimhaut mit stärkerem oder geringerem Oedem und den Spasmus.

a) Die Verstopfung durch die Membranen lässt sich mittelst der einfachen Auswischung behandeln. Man führt diese mit denselben Instrumenten aus, wie die Intubation; nur wird die Tube sofort wieder zurückgezogen: „In summa eine momentane Intubation".

b) Das Oedem oder die Congestion der Schleimhaut erfordern die Tracheotomie.

c) Der länger dauernde Spasmus verlangt die Intubation.

d) Bei vorübergehendem Krampf genügt die forcirte Dilatation, die den Widerstand der rigiden Muskel bricht. Dieser Eingriff wird mit einem besonderen Dilatator oder mit einer einfachen Zange ausgeführt, die lang genug ist, um sich in den Larynx einführen zu lassen. Diese wird in den Larynx eingeführt und mit einer kräftigen, wenn auch sanften Bewegung geöffnet. Der Name forcirte Dilatation soll nicht besagen, dass eine Gewaltanwendung statthaben darf; materielle Verletzungen müssen in einem so gebrechlichen Organ, wie es der kindliche Kehlkopf ist, auf alle Fälle vermieden werden.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

116) **Wagnier. Die directe Laryngoskopie. (De la laryngoscopie directe.)** *Rev. hebd. de laryngologie. No. 27. 1896.*

Verf. bespricht die Vorzüge und die Nachtheile der Kirstein'schen Methode. Er glaubt nicht, dass die Uebung, der der Entdecker der Methode so grosse Bedeutung zuschreibt, es ermöglichen wird, grösseren Nutzen aus der directen Laryngoscopie zu ziehen; er erkennt aber an, dass diese Untersuchungsmethode bei Kindern sehr wesentliche Dienste zu leisten vermag.

E. J. MOURE.

117) **Scheier. Zur Photographie der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs mittelst Röntgen-Strahlen. (A propos de la photographie des cavités des fosses nasales**

et du larynx au moyen des rayons de Röntgen.) *Arch. internat. de laryngol. No. 6. 1896.*

Verf. berichtet über seine Aufnahmen, die Fremdkörper, Verknöcherung der Knorpel etc. ziemlich deutlich erkennen lassen. E. J. MOURE.

118) **Joal. Kehlkopfcongestionen nasalen Ursprungs. (Congestions laryngées d'origine nasale.)** *Revue hebdom. de laryngol., d'otolog. et de rhinol. No. 15. 11. April 1896.*

Zu den bereits bekannten Ursachen der Kehlkopfcongestion (Erkältung, Staubinhalation, Tabak etc.) sind heute noch hinzuzufügen 1. die mehr oder weniger vollständigen Verstopfungen der Nase; 2. die Fortleitung vasomotorischer Impulse von der Nase aus; 3. eine Reflexwirkung nach Erection des cavernösen Gewebes; 4. eine Verminderung der Athemcapacität durch nasale Ursachen; und endlich 5. eine functionelle Insufficienz der nasalen Resonanz.

Der Verf. legt besonderen Werth auf den 2. Punkt. Er berichtet über fünf Fälle seiner Beobachtung, die diesen Zusammenhang zu beweisen scheinen. Die Arbeit bildet eine Ergänzung der 1884 ebenfalls in der Rev. de laryngol. erfolgten Publication J's., die den Titel: „Fluxionen nach dem Larynx" trug.

E. J. MOURE.

119) **Louis Seguin. Das acute primäre Kehlkopfoedem. (De l'oedème aigu primitif du larynx.)** *Thèse de Paris. 1896.*

S. bespricht 1. die angioneurotischen Oedeme und 2. die infectiösen Oedeme. Die letzteren lassen sich wieder in Oedeme mit Eiterung eintheilen, welche den als phlegmonöse Laryngitis oder Kehlkopfabscess bezeichneten Fällen entsprechen, und in seröse Oedeme. Nur ein neuer Fall. A. CARTAZ.

120) **Moure. Noduläre Laryngitis bei Kindern. (Laryngite nodulaire des enfants.)** *Revue hebdom. de laryngolog., d'otol. et de rhinologie. No. 6. 8. Februar 1896.*

Die Sängerknoten sind häufiger bei Tenoristen, als bei Barytonisten und Bassisten. Auch trifft man sie häufiger bei Frauen als bei Männern. Ihr Vorkommen bei Kindern ist kein ausnahmsweises. Verf. hatte Gelegenheit, sie mehrfach zu beobachten und zwar sowohl in der Privatpraxis, wie in seiner Klinik. Die Kinder waren heiser. Die Schleimhaut ihres Larynx war geröthet und nicht glatt; an der Vereinigungsstelle des hinteren und der zwei vorderen Drittel der Stimmbänder ragten beiderseits Knötchen über den freien Rand heraus, welche die Stimmbänder hinten an der vollständigen Berührung hinderten. Als Ursache dieser Affection liess sich durch genaues Nachforschen stets eine Stimmanstrengung ergründen. Die betreffenden Kinder hatten im Chor mitgesungen und dabei Bass oder 2. Stimme geübt. Ausser der Ruhe und einigen Pinselungen hält Verf. eine Behandlung operativer Art nicht für erforderlich. Die Knötchen verschwinden erst beim Mutiren. BRINDEL (E. J. MOURE).

121) **Gebauer** (Durlettel). **Ueber die Erkrankungen der oberen Luftwege während des Klimakteriums.** Dissert. Würzburg. 1895.

Das Material zu den vorliegenden Beobachtungen lieferte die Klinik von

Jurasz. In 19 Fällen handelte es sich um Frauen im Klimakterium, welche über das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, über abnorme Trockenheit klagten, wozu noch leichte Erregbarkeit und hochgradige nervöse Schwäche kam. Nase, Rachen, Kehlkopf ganz gesund. In weiteren 22 Fällen wurden ganz ähnliche Beschwerden geklagt, aber es fanden sich mehr oder weniger ausgesprochene pathologische Veränderungen in Nase und Rachen.

In 10 anderen Fällen handelte es sich theils um einfache Parästhesien des Kehlkopfes bei normalem Verhalten dieses Organes, bei anderen um chronische Laryngitis und bei 6 Fällen um phonische Paresen der verschiedenen Muskelgruppen. An fast allen diesen Patientinnen waren mehr oder weniger hochgradige anämische und nervöse Erscheinungen wahrzunehmen.

Die Affektionen kamen im ganzen früheren Leben nicht vor, sondern zeigten sich lediglich gerade während des Klimakteriums.

SEIFERT.

122) **Delbrel. Beitrag zum Studium der Urticaria der Luftwege. (Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires.)** *Thèse de Bordeaux. 1896.*

Verf. hält diese Affection, trotz der bisherigen Controversen, für sicher vorkommend. Eine gewöhnliche Reizung der Athemwege (Bronchitis) schafft die Praedisposition für die besondere Lokalisation dieses Uebels, das auch den Larynx allein zu befallen vermag. Es besteht ein gewisses Verhältniss der Abwechslung zwischen den Erscheinungen in den Athemwegen und auf der Haut. Manche Formen sind vor dem Ausbruch des Hautexanthems schwer zu diagnosticiren.

E. J. MOURE.

123) **P. Q. Brondgeest** (Utrecht). **Ueber Lupus laryngis und dessen chirurgische Behandlung. (Over lupus laryngis en zijn chirurgische behandeling.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1896. II. S. 851.*

Die erste Krankengeschichte ist theilweise in den Verhandlungen des 13. Congresses f. innere Medicin XIII, S. 547, mitgetheilt. Dieselbe betrifft ein Mädchen, bei dem, wegen vorgeschrittenen primären Larynxlupus mit bedrohlichen Stenose-Erscheinungen am 15. März 1892 von Salzer die Tracheotomie und Pharyngotomia inferior gemacht wurde. Dabei wurde die Epiglottis grösstentheils abgetragen und die übrigen lupösen Partieen thermo-cauterisirt. Am 20. December 1892 wurde zum zweiten Mal operirt: Laryngofissur und Zerstörung alles krankhaften Gewebes mit dem Thermocauter. Am 24. Januar 1894 wurde die Canüle entfernt. Die Patientin war seitdem unter laryngoscopischer Observation; ein Recidiv ist nicht aufgetreten, so dass man die Heilung als eine definitive betrachten kann.

Der zweite Fall, den B. mittheilt, betrifft ein 18jähriges Mädchen mit ausgedehntem secundärem Larynx-Lupus. Am 19. März 1895 wurde von Eiselsberg nach Pharyngotomia subhyoidea und Laryngotomie alles lupöse Gewebe abgetragen und cauterisirt. Am 2. April wurde die Trachealcanüle entfernt. Am 13. Januar 1896 stellte die Pat. sich von neuem vor. Sie hatte ein Recidiv in der Nasenhöhle; nicht im Larynx.

Die dritte Patientin hatte einen ausgedehnten Lupus am Kehlkopf, an der Mund- und Nasenschleimhaut, und auch im Gesicht. Am 17. October 1895

operirte Eiselsberg den Kehlkopf in der beschriebenen radicalen Weise. Am 8. November wurde die Mundschleimhaut thermo-cauterisirt. Letzterer Eingriff wurde von Fieber gefolgt und am 25. December erlag Patientin einer Miliartuberculose.

Es wurden also von drei Fällen von vorgeschrittenem Larynx-Lupus durch Radical-Operation, 2 geheilt.

H. BURGER.

124) **J. A. Thompson. Die Beziehung zwischen Kehlkopf- und allgemeiner Tuberkulose. (Relation of laryngeal to general tuberculosis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 5. December 1896.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **F. Rueda Carrera** (Madrid). **Der subglottische Raum und die Kehlkopf-Tuberculose. (El espacio subglotico y la tuberculosis laringea.)** *Revista de Med. y Cirurg. pract. No. 497. 1896.*

Nach Verf.'s Ansicht bewirken die Trichterform des subglottischen Raums und die Verdickung der Schleimhaut, dass die infectiösen Produkte aus Bronchien und Lungen sich mit Vorliebe an diesem Punkte aufhalten und hier die Tuberkel ein leichteres Feld zu ihrer Entwicklung vorfinden. Im Anfange einer Lungentuberkulose sei daher das Vorhandensein einer leichten Parese des Thyre-arytenoideus int., sowie die Congestion eines oder beider Stimmbänder von diagnostischer Bedeutung für die Existenz einer tuberculösen Infiltration des subglottischen Raumes.

R. BOTEY.

126) **Heryng** (Warschau). **Ueber Phenolum sulfo-ricinum und seine Anwendung bei tuberkulösen und chronischen Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfs und der Nase.** *Therap. Monatsh. März, Mai, Juli 1896.*

Das Mittel beseitigt die Dysphagie, ergiebt eklatante Erfolge bei Erkrankungen der Stimmbänder und reducirt tuberculöse Infiltrate; es ist kein specifisches Mittel gegen Larynxphthise, aber durch Beseitigung der entzündlichen Symptome, durch Anregung der Resorption event. Elimination der tuberculösen Infiltrate und ihrer Producte, durch rasche Linderung der Dysphagie schafft es in gewissen Fällen die besten Bedingungen zur Wiederherstellung der Functionen der Larynx.

In mehreren Fällen von Rhinit. hypertroph. brachte es nach 4—6 maliger Anwendung Heilung; bei Rhino-, Pharyngo- und Laryngosclerom erzielte es bedeutende Besserung, ebenso bei Pharyngitis lateralis; schliesslich erwies es sich als ein schätzbares Mittel bei Papillomen an gewissen Larynxstellen.

A. ROSENBERG.

127) **S. E. Allen. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Cincinnati Lancet-Cliuic. 5. December 1896.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **R. Botey** (Barcelona). **Die trachealen Injectionen von Kreosot bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. (Las injecciones traqueales de creo-**

sota en la tuberculosis laringo-pulmonar.) *Rev. de Med. y Cir. de Habana. No. 8. 1896.*

Bezugnehmend auf seine am 21. Juli 1890 in der „Academie des Sciences" in Paris verlesene Mittheilung „über die Einführung verschiedener Flüssigkeiten und medicamentöser Substanzen durch den Ductus laryngo-trachealis bis zu den Bronchien und dem Lungenparenchym" setzt Verf. die Art des Verfahrens und die Resultate seiner trachealen Kreosot-Injectionen zum Zwecke der Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberkulose auseinander. In mehr als der Hälfte der Fälle blieben die Läsionen der Lungen stationär, Auswurf und Husten nahmen bedeutend ab, und der Appetit hob sich. Auch bei Kranken mit vorgeschrittener Lungentuberkulose besserte sich der Krankheitsprocess merklich, wie die Auscultation ergab. Im Beginn des tuberculösen Processes gelang es ihm mittelst dieser Behandlung, die während einiger Monate durchgeführt und von einem Aufenthalte des Kranken auf dem Lande mit körperlicher Ruhe gefolgt wurde, das Leiden in ungefähr der Hälfte der Fälle zu heilen. Bei den übrigen führten die trachealen Injectionen von Kreosot eine Besserung herbei, die merklicher war als bei der Einführung dieses Medicaments auf dem Wege des Verdauungskanals.

Autoreferat.

129) **Gennes u. Griffon. Tertiäre Syphilis des Larynx; nicht ulcerirtes Gumma des Ringknorpels. (Syphilis tertiaire du larynx, gomme non ouverte du cricoide.)** *Soc. anatom. Paris. 13. November 1896.*

37jähriger Mann sucht das Krankenhaus auf wegen Erstickungsanfällen, mit Stridor, aber ohne erhebliche Veränderung der Stimme. Syphilis besteht seit 3 Monaten. Reichlicher schleimiger Auswurf, ohne Tuberkelbacillen. Die Glottis und die subglottische Partie des Kehlkopfes erscheinen intakt. Man denkt an eine Erkrankung der Bronchialdrüsen. Specifische Behandlung, nach einigen Tagen wegen Erscheinungen von Jodismus ausgesetzt. Tod in einem Erstickungsanfall.

Bei der Section wird der Kehlkopf von hinten in der Medianlinie geöffnet. Es findet sich ein in den Kehlkopf hineinragendes Gumma am Ringknorpel bedeckt von intacter Schleimhaut. Auf dem Durchschnitt desselben finden sich käsige Massen und Sequester von knochiger Beschaffenheit. Die perilaryngealen Drüsen sind geschwollen; die Lungen atelectatisch.

A. CARTAZ.

130) **Griffon. Gumma des Kehlkopfs. (Gomme du larynx.)** *Société anatom. de Paris. 13. November 1896.*

G. demonstrirt den Larynx eines Syphilitischen, der in der Höhe des Ringknorpels Veränderungen darbot, die als gummöse Neubildungen gedeutet werden mussten.

PAUL RAUGÉ.

131) **L. Pfeffermann-Bors. Apparat zur forcirten Dilatation des Larynx bei chronischen Stenosen.** Sitzungsbericht vom 10. Januar 1896 d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 3.*

Sein Instrument hat den Zweck, den Larynx in einigen Secunden gewaltsam zu erweitern, indem es, als cylindrisches Rohr eingeführt, denselben in allen

Theilen und gleichmässig, ohne Schmerz zu erzeugen oder nachher schädlich zu sein, dilatirt.

CHIARI.

132) **Lichtwitz. Serös-mucöse Cyste des Halses der Zungenbasis und des Kehlkopfs. Heilung durch Injection Lugol'scher Lösung. (Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx. Guérison par l'injection de la solution jodo-jodurée de Lugol)** *Gaz. hebd. des sciences médicales. No. 48. 29. November 1896.*

Der Inhalt der Cyste hatte eine chocoladenbraune Farbe. Eine einzige Injection von 3 ccm Lugol'scher Lösung führte in 3 Wochen die Heilung herbei.

E. J. MOURE.

133) **Brindel. Enchondrom des Kehlkopfs mit histologischer Untersuchung. (Enchondrome du larynx, examen histologique.)** *Journ. de Médecine de Bordeaux. No. 50. 13. December 1896.*

Man sieht im Mikroskop unter einer Schicht von Pflasterzellenepithel einige Lamellen Bindegewebe und unmittelbar darunter grosse Knorpelzellen getrennt durch Bindegewebsfibrillen. Die Geschwulst hatte sich bei einem Manne von etwa 30 Jahren in der Gegend des rechten Stimmbands entwickelt. Der Kehlkopf des Pat. war asymmetrisch, sein Schildknorpel nicht gebuckelt und rechts stärker entwickelt als links.

E. J. MOURE.

134) **R. Botey** (Barcelona). **Die Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs. (La tiretomia en el cancer laringeo.)** *Revista de Medic. y Cir. pract. No. 514. 1896. Arch. internat. de laryngol. No. 6. 1896.*

B. verwirft die Totalexstirpation des Kehlkopfes bei den malignen Processen desselben absolut und hält die Thyreotomie oder Laryngofissur in diesen Fällen für die beste, inoffensivste und radikalste Behandlung. Man muss aber immer zuvor unterscheiden zwischen den operirbaren Fällen, d. i. denjenigen, bei welchen der maligne Tumor noch oberflächlich und wenig entwickelt ist, und den unoperirbaren, bei denen es sich um eine tiefgreifende und vorgeschrittene Neubildung handelt. Zu den Bedingungen der Operirbarkeit des Krebses durch die Laryngofissur gehört natürlich, dass derselbe zeitig erkannt wird und circumscript, einseitig und auf die Schleimhaut beschränkt ist. Der Autor hält die Thyreotomie für eine relativ günstige Operation, denn ihre Mortalität schwankt zwischen 3 und 5 pCt., während diejenige nach Totalexstirpation des Larynx die hohe Ziffer von 94 und 95 pCt. erreicht. Autoreferat.

135) **Sikkel. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.** *Monatsschr. f. Ohrenhk. No. 2. 1896.*

Extraction einer 4,5 cm. langen tief in das Gewebe des Sinus pyriformis eingekeilten Stockfischgräte mit der Schrötter'schen Pincette.

SCHECH.

136) **C. H. Mayo. Fremdkörper in Trachea und Speiseröhre. (Foreign bodies in the trachea and oesophagus.)** *Northwestern Lancet. 15. December 1896.*

Verf. theilt je 3 Krankengeschichten beider Affectionen mit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

137) **G. F. Cott. Erythema nodosum der Trachea. (Erythema nodosum trachealis.)** *Med. and Surg. Reporter. 15. August 1896.*

Der Pat. erkrankte plötzlich mit Dyspnoe. Da diese nicht nachliess, wurde einige Stunden später die Tracheotomie gemacht. Der Pat. genas. Ein Dermatologe diagnosticirte Erythema nodosum, eine Affection, von der es bekannt ist, dass sie die Mund- und Rachenschleimhaut angreift, von der aber eine Invasion der Trachea bisher nirgends erwähnt ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **Percy Kidd. Klinische Vorlesung über die syphilitische Erkrankung der Trachea. (Clinical lecture on syphilitic disease of the trachea.)** *Clin. Journ. 30. December 1896.*

Die syphilitischen Veränderungen in der Trachea sind nahezu stets tertiär und hauptsächlich am unteren Ende der Trachea sitzend. Sie bestehen in Infiltration, gefolgt von Ulceration und Bildung fibrösen Narbengewebes. Die ersten Symptome sind chronischer Husten, dann Auswurf und zunehmende Dyspnoe; später Stridor, vornehmlich inspiratorischer. Nach Gerhardt ist bei Trachealstenose die respiratorische Excursion des Larynx nicht so deutlich, wie bei Larynxstenose. Dies ist indessen nicht der Fall. Das Kinn ist nach abwärts gesenkt und der Kopf leicht vorgebeugt. Man hört über der Trachea Rhonchi sonori und tracheales Athmen. Das Athemgeräusch ist über beiden Lungen schwach. Die Stenose kann intern und extern sein. Der Ausgang ist meist ein schlechter, da die Krankheit gewöhnlich erst in einem sehr späten Stadium erkannt wird. Verf. berichtet über 3 letal verlaufene Fälle; in 2 war ein Aneurysma des Aortenbogens für die Ursache der Stenose gehalten worden. ADOLPH BRONNER.

139) **J. Calvert. Die Wirkung gewisser Droguen auf die Secretion aus der Luftröhrenschleimhaut. (Effect of drugs on the secretion from the tracheal mucous membrane.)** *Journal of Physiology. August 1896.*

Die Thiere (Katzen) wurden mit Urethan narkotisirt und das Innere der Trachea blossgelegt. Dann wurde das zu prüfende Mittel in eine Vene am Bein injicirt. C. erhielt folgende Resultate:

1. Alkalien, Jodkali u. a. m. vermehren die Secretion.
2. Kälte auf das Abdomen applicirt steigert die Secretion.
3. .Hitze auf das Abomen applicirt verringert die Secretion.

ADOLPH BRONNER.

140) **J. L. Barton. Krankheiten der Trachea, Bronchien und Lunge behandelt mit intratrachealen Injectionen. (Diseases of the trachea, bronchi and lungs treated by intra-tracheal injections.)** *N. Y. Med. Record. 1. August 1896.*

Verf. rühmt der Methode zahlreiche Vorzüge nach. Er hat im vergangenen Winter 55 Fälle von schwerer Laryngo-Tracheitis, Bronchitis und Tuberculose und 1 Fall von Asthma nach derselben behandelt. Die Fälle von Laryngo-Tracheitis und Bronchitis wurden schnell ganz geheilt, der Fall von Asthma wurde erheblich gebessert; die Tuberculose wurde auch in allen Fällen günstig beeinflusst. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **R. Millon. Der Rachenhusten beim Kinde. (La toux pharyngée chez l'enfant.)** *Journ. de méd. Paris. 8. November 1896.*

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Hustenanfälle bei kleinen Kindern infolge von Nasen-Rachen-Entzündungen (Rhinitis catarrhalis, Hypertrophie des lymphoiden Gewebes, chronische Pharyngitis mit schleimig-eitrigem Secret). Dieser Husten ist wohl durch Reizung des Rachens bedingt, denn man constatirt bei der Auscultation kein Zeichen von Tracheo-Bronchitis. M. empfiehlt zur Behandlung Pinselungen der hinteren Rachenwand mit Jod-Glycerin-Lösungen.

A. CARTAZ.

142) **Paul Gaston. Der nächtliche Krampfhusten mit Erbrechen bei kleinen Kindern und die Coryza. (La toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants et le coryza.)** *Journal de Clinique et de Therapeutique infant. 18. December 1896.*

Beobachtet man bei kleinen Kindern Hustenanfälle, die die Auscultation nicht zu erklären vermag, so denke man an eine Coryza posterior. Diese ist sehr oft Ursache solcher Anfälle. Der Husten, der auf solchen Ursprung zurückzuführen ist, erscheint: 1. nächtlich, weil die liegende Stellung das Herunterfallen des Schleimes in den Larynx begünstigt; 2. krampfhaft, weil die Berührung des Schleimes mit der Arygegend einen Glottiskrampf herbeiführt, ähnlich dem bei Keuchhusten; 3. mit Erbrechen, weil die Schleimansammlung einen Reflex zur Ausstossung der Secrete auslöst, der sich bis zum Erbrechen steigert.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. in der gewohnten Weise Tampons mit Borvaseline, Tannin, Alaun etc.

PAUL RAUGÉ.

143) **G. Krol** (Mohilew). **Krämpfe der Stimmritze. (Sudoroga golosowoi schtscheli.)** *Djetskaja Medizina. 1896. No. 4.*

Erwähnung von 13 Fällen von Glottiskrampf, worunter 3 Todesfälle. Wie der Krampf sich äusserte, darüber erwähnt der Autor nichts.

P. HELLAT.

144) **Vergnlaud. Zwerchfell-Glottis-Krampf. (Spasme phreno-glottique.)** *Union méd. 4. Juli 1896.*

Kritische Uebersicht. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

145) **Bezy. Angina mit Kehlkopfzufällen (Stridulismus und Dyspnoe). (Angine avec accidents laryngiens: stridulisme et dyspnée.)** *Arch. medicales de Toulouse. No. 22. 25. November 1896.*

18 Monate altes Kind mit Stridulismus und Dyspnoe, die beide mit der Heilung einer durch Staphylokokken und Bacterium coli verursachten Angina alsbald verschwinden. Der Verf. verbreitet sich ausführlich über die Affectionen des Kindesalters, die zu Respirationsstörungen leicht Anlass geben.

E. J. MOURE.

146) **Albert E. Getchell. Ein Beitrag zum Studium des Kehlkopf-Schwindels. (A contribution to the study of laryngeal vertigo.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. November 1896.*

Verf. stellt 75 Fälle aus der Literatur zusammen und berichtet über 2 eigene

Beobachtungen. Nur 4 betreffen weibliche Individuen. Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Die Affection kommt bei Personen zur Beobachtung, deren Centralnervensystem nicht in festem Gleichgewicht ruht.

2. Es bestehen irgendwelche abnorme Zustände in den oberen Luftwegen, die leicht eine Kehlkopfreizung verursachen und Husten und Glottiskrampf auslösen.

3. Der krampfhafte Glottisschluss kann — und thut es in manchen Fällen auch wirklich — direct und unmittelbar auf die vom Gehirn ausgehenden Hemmungsfasern wirken und dadurch Synoope verursachen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

147) **Moncorgé. Drei Fälle von Ictus laryngis. (A propos de 3 cas d'ictus laryngé.)** *Bull. et Mem. d. l. Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Der erste Fall betrifft einen 46jährigen Mann mit Albuminurie, der plötzlich bewusstlos umfiel, nachdem er ein Kitzeln im Halse verspürt und einen leichten, kurzen Hustenanfall gehabt hat. Der zweite Kranke, 60 Jahre alt, machte dieselben Angaben. Fall 3 betrifft eine 45jährige Dame ohne Albuminurie; dieselbe verlor während eines heftigen Asthmaanfalles 30 Secunden lang das Bewusstsein.

Verf. theilt die Fälle von Ictus laryngis ein in essentiellen Ictus (Charcot'scher Typus) und Pseudo-Ictus; die letzteren sind abhängig von Nervenkrankheiten, von Affectionen der Athemwege oder des Verdauungstractus oder von einer Dyscrasie.

E. J. MOURE.

148) **Gouguenheim u. Plicque. Ein Fall von Kehlkopfkrise bei einem Tabiker. (Un cas de crise laryngée chez un tabetique.)** *Annales des maladies de l'or. No. 12. December 1896.*

59jähriger Mann, Alcoholiker, nicht syphilitisch, in's Krankenhaus aufgenommen wegen tabischer Motilitätsstörungen, bekam am dritten Tage nach Verordnung von Jodkali, 1 g pro die, einen Anfall von Krampfhusten und Athemnoth, der 5 Tage dauerte. Die Kehlkopfuntersuchung, die nach Aufhören der Dyspnoe vorgenommen wurde, zeigte das Bestehen einer Abductorenlähmung.

E. J. MOURE.

149) **E. L. Vansant. Drei Fälle von Aphonie. (3 Cases of aphonia.)** *Philad. Polyclinic. 26. December 1896.*

Klinische Vorlesung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

150) **Pierre Bonnier** (Paris). **Ueber die Phonation. (Sur la phonation.)** *Presse medicale. 3. October 1896.*

Verf. bemerkt mit Recht, dass man beim Studium des Phonationsmechanismus im Allgemeinen nur auf die Thätigkeit der fünf inneren Kehlkopfmuskeln Acht hat, während man die Rolle der äusseren perilaryngealen Muskeln vernachlässigt. Was die Nothwendigkeit der Gegen-Extension der Stimmbänder und der Retrofixation der Aryknorpel durch den Crico-arytaenoideus posticus anlangt, so ist die Jelenffy'sche Theorie bekannt und allgemein heute anerkannt. [? F. S.] Die

Spannung der Stimmbänder resultirt nach Verf. nicht aus einer Winkelbewegung des Schildknorpels auf dem Ringknorpel, sondern aus der Erhebung des Schildknorpels und seiner Vorwärtsprojection gegen das Zungenbein und den Kiefer durch die Thätigkeit der äusseren Muskeln. Die Rolle der inneren Muskeln beschränkt sich in diesem Moment darauf, die Gelenkflächen der Thyro-Ary-Cricoidverbindungen auf einander zu fixiren; der Posticus hindert den Aryknorpel, der Bewegung des Schildknorpels zu folgen und nach vorn zu gleiten, während der Crico-thyroideus seinerseits den Ringknorpel hindert, unter den Schildknorpel zu sinken. Auf diese Weise wird die Längsspannung der Stimmbänder gesichert. Um eine Verlängerung der Stimmbänder zu verhüten, die eine nothwendige Folge dieser Spannung sein müsste, greift der Thyreo-arytaenoideus ein und nähert ihre Enden, während die vorher beschriebenen Muskeln sie von einander zu entfernen trachten; dieses Gegenspiel zwischen der passiven Dehnung und der activen Retraction ist es, das den Stimmbändern gestattet, sich zu spannen, ohne sich zu dehnen.

PAUL RAUGÉ.

151) **F. Donaldson. Ueber die Bewegungen der Stimmbänder und die Behandlung der Singstimme. (As to the intrinsic movements of the vocal cords and the treatment of the singing voice.)** *Pacific Med. Journal. December 1896.*

D. bespricht die Anschauungen von Curtis und seine Behandlungsmethode bei Sängerknoten. Er glaubt, dass Curtis eine sehr ungerechte Beurtheilung erfahren hat.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

152) **E. Maljutin** (Moskau). **Ueber die Methode der Entwicklung der Stimme mit Hülfe der Stimmgabeln und über die Anwendung derselben zur Behandlung von Stimmbandparesen. (O metode roswitija golosa pri pomoschtschi pamertonow i ob jewo prilejeni k letschenlju poresow golosowiet swjasok.)** *Medizinskoe Obosrenie. 1896. No. 23.*

Bei der Behandlung der Arbeiter, welche an professioneller Taubheit resp. Schwerhörigkeit litten, vermittelst Stimmgabeln, bemerkte Verf., dass die Vibrationen der Stimmgabel auf die Stimme einen günstigen Einfluss ausübten. Hohe Noten, welche der Autor sonst nur mit Mühe hervorbringen konnte, gelangen ihm leicht, sobald er eine entsprechende Stimmgabel in der Hand zur Vibration brachte, Er versuchte seine Entdeckung bei Schülern des Conservatoriums ebenfalls mit Erfolg. Dabei nahm die Stimme eine besondere metallische Klangfarbe an. Bei Mädchen beobachtete man die günstige Einwirkung in den mittleren Registern.

Die Behandlung mit Stimmgabeln hatte auch bei einer hysterischen Aphonie, die bereits $2^1/_2$ Jahre allen Behandlungsversuchen getrotzt hatte, vollen Erfolg. Die Stimme kehrte nach 5 Sitzungen wieder.

Der Autor ist geneigt, seiner Methode in ähnlichen Fällen neben der Massage und Elektricität einen grossen Werth beizumessen.

Die Wirkung der Stimmgabeln sucht er mechanisch zu erklären.

HELLAT.

153) **Réthi** (Wien). **Experimentelle Untersuchungen über den Schwingungstypus und den Mechanismus der Stimmbänder bei der Falsettstimme.** Vortrag, geh. in der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien am 13. November 1896. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1896.*

R. machte seine Versuche an Membranen, todten menschlichen Kehlköpfen und auch am Lebenden, hier mittelst der stroboskopischen Methode. Beim Brustton sah nun R. ausgiebige Excursionen, die sich sichtbar bis auf die äusseren Partien der Stimmbänder hinaus erstrecken. Beim Falsetton bewegt sich nur der innere Rand, R. konnte aber keine Knotenlinie beobachten. Den Mechanismus der Fistelstimme betreffend, sieht R. als wesentlich beim Zustandekommen der Falsettstimme eine gesteigerte Resistenz in der Gegend des M. thyreo-arytaenoideus int. an.

CHIARI.

154) **Biaggi** (Mailand). **Ueber die eunuchen-ähnliche Stimme.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 7. 8. 1896.*

Bei den zwei genauer beschriebenen Fällen wurde der Stimmwechsel gehemmt resp. verspätet durch eine Hemmung der Nasenathmung.

A. ROSENBERG.

155) **Winkler** (Bremen). **Beiträge zur Pathologie des Stotterns, zusammengestellt nach Untersuchungsergebnissen stotternder Schulkinder.** *Wiener medic. Wochenschr. 1896. No. 17—19.*

Verf. constatirte hierbei die häufige Anwesenheit von adenoiden Wucherungen, hypertrophischen Rhinitiden, hypertrophischen Tonsillen und chronischen Catarrhen des Rachens und des Kehlkopfes.

CHIARI.

156) **Liebmann** (Berlin). **Eine neue Therapie des Stotterns.** *Deutsche Medicin. Zeitung. No. 31. 1896.*

L. hält alle Uebungen der Athmung, Stimme und Articulation bei der Behandlung des Stotterns für überflüssig. Was dem Stotterer nöthig sei, sei nur die Herstellung des richtigen zeitlichen Verhältnisses zwischen consonantischem und vokalischem Element der Sprache, nämlich das zeitliche Ueberwiegen des letzteren. Er lässt gleich in der ersten Sitzung Sätze im Sprachton mit gedehnten Vokalen und kurzen, aber scharf articulirten Consonanten sprechen.

SEIFERT.

157) **P. Heymann. Toxische Kehlkopflähmungen. (Des paralysies toxiques du larynx.)** *Arch. int. de laryngol. IX. No. 6. p. 585. 1896.*

3 Fälle von Bleilähmung, ferner 1 Fall von Kehlkopflähmung durch Arsenvergiftung. Die Fälle sind bereits im Archiv für Laryngologie, Bd. V. 1896 (vgl. diese Zeitschrift XIII. 6. p. 317) publicirt.

A. CARTAZ.

158) **Seifert. Vaguslähmung nach Influenza. (De la paralysie de vague consécutive à l'influenza.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 52. 26. December 1896.*

Verf. erinnert an die verschiedenen Störungen, die nach Influenza im Nervensystem beobachtet sind (Psychosen, Meningitiden, Encephalitis), und spricht dann

von den Neuritiden und Neuralgien grippalen Ursprungs. Er berichtet über einen Fall, in dem nach Influenza Athem- und Herzstörungen mit Beschleunigung des Pulses, rechtsseitiger Lähmung des halben Gaumensegels, des Rachens und des Laryngeus superior und inferior auftraten, Erscheinungen, die sich insgesammt durch vorübergehende Functionsstörung des rechten Vagus erklären lassen.

E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

159) **L. Bérard** (Lyon). **Ueber einige Punkte betreffend die arterielle Circulation der Schilddrüse. (Sur quelques points de la circulation artérielle thyroidienne.)** *Province médicale. 14. November 1896.*

Für gewöhnlich giebt es 4 Schilddrüsenarterien; ihre Zahl kann aber auf 2 oder 3 heruntergehen oder auch auf 5 oder 6 sich erheben. In 4 von 50 untersuchten Fällen fand Verf. die Art. thyreoidea media von Neubauer. Die Beziehungen der Schilddrüsenarterien zum Recurrens sind so eng und so wechselnd, dass man bei jeder Unterbindung der Thyreoidea an den Nerven denken und die Arterie sorgfältig freipräpariren soll, um den Recurrens nicht zu verletzen. Der Sympathicus liegt im Allgemeinen vor der Arterie und so eng an ihr, dass er bei der Ligatur den besten Wegweiser abgiebt. Von Anastomosen giebt es zwei Arten: die oberflächlichen, die die Arterien der Drüse unter einander und mit den benachbarten Gefässen verbinden, und zweitens die intraglandulären Anastomosen, die der Verf. in Gemeinschaft mit Destot mit Hülfe der Röntgenstrahlen aufgedeckt hat.

PAUL RAUGÉ.

160) **Robert Hutchinson. Die Chemie der Schilddrüse und die Natur ihrer activen Substanz. (The chemistry of the thyroid gland and the nature of its active constituent.)** *Journal of Laryngology. December 1896.*

Ausgedehnte Versuchsreihen führen Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Schilddrüse enthält zwei Proteide: ein Nucleoalbumin und die colloide Substanz.

2. Das Nucleoalbumin ist in geringer Menge vorhanden und ist wahrscheinlich in den die Acini auskleidenden Zellen enthalten.

3. Die Colloidsubstanz ist in reichlicher Menge vorhanden und in den Acinis enthalten.

4. Ausserdem findet man reichlich Phosphor und in beträchtlichem Procentgehalt Jod.

5. Beim Kochen mit Mineralsäuren erhält man keine Nucleinbasen und ebensowenig eine Reduction.

6. Danach handelt es sich weder um Mucin noch um ein echtes Nuclein.

7. Auch Paranuclein ist nicht vorhanden.

8. Die Magenverdauung spaltet ein Proteid- und ein Nicht-Proteid-Theil ab.

9. Beide Theile enthalten Jod, das Nicht-Proteid aber weit mehr, als das

Proteid-Element. Das erstere enthält den gesammten Phosphor des Original-Colloids.

10. Das Colloid kann danach als zusammengesetztes Proteid von eigenthümlicher Constitution betrachtet werden.

11. Die gewöhnlichen Extractivstoffe finden sich in der Schilddrüse in ziemlich grosser Menge.

12. Die Colloidsubstanz ist die allein wirksame in der Drüse.

13. Der Proteid- wie der Nicht-Proteid-Theil der Colloidsubstanz besitzen die Wirksamkeit der Drüse, der letztere aber in weit höherem Grade, als der erstere.

ADOLPH BRONNER.

161) **Roos** (Freiburg i. B.). **Ueber die Einwirkung der Schilddrüse auf den Stoffwechsel nebst Vorversuchen über die Art der wirksamen Substanz in derselben.** *Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 21. 1895/96.*

Die Schilddrüsensubstanz bewirkt in grösseren Dosen beim gesunden Thier eine Mehrausscheidung von Stickstoff, Chlor und Phosphorsäare; sie verursacht eine Zersetzung von Körpereiweiss und Fettgewebe.

Die wirksame Substanz ist ein ziemlich widerstandsfähiger, stabiler Körper, kann aber kein Enzym sein. A. ROSENBERG.

162) **Victor Horsley. Zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse. (The physiology and pathology of the thyreoid gland.)** *British Medical Journal. 5. December 1896.*

Verf. legt den heutigen Stand der Schilddrüsentheorie und ihre geschichtliche Entwicklung dar. Er giebt zahlreiche Abbildungen von dem mikroskopischen Bau der Drüse. Dem einfachen Ausfall der Function der Schilddrüse folgen Myxoedem und Cretinismus; die Basedow'sche Krankheit in ihren verschiedenen Graden ist Folge einer krankhaften Störung der Function. ADOLF BRONNER.

163) **Scherk. Schilddrüse und Genitalorgane.** *Aerztl. Rundschau. No. 3. 1896.*

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

164) **J. Fischer** (Wien). **Ueber die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganen.** *Wiener medicin. Wochenschrift. 1896. No. 6, 7, 8.*

Gewisse Vorgänge im Bereiche der Genitalorgane, welche eine Aenderung im Stoffwechsel des Gesammtorganismus bedeuten, rufen sehr häufig eine Vergrösserung der Schilddrüse hervor. Der Ausfall der normalen Schilddrüsensecretion ist nicht selten mit atrophischen Vorgängen im Geschlechtsapparate verbunden.

CHIARI.

165) **Thiriar. Struma parenchymatosa. (Goitre parenchymateux).** *La Clinique. No. 53. 1896.*

Exstirpation eines parenchymatösen Kropfes, welcher schwere Respirationsbeschwerden verursacht hatte. Nach der Operation ward die Trachea vollständig von vorn nach hinten abgeplattet gefunden, nahm aber rasch ihr normales Kaliber wieder an. BAYER.

166) **Mabille. Medicamentöse Combination bei der Behandlung des Kropfes. (Association médicamenteuse dans le traitement du goitre.)** *Nord. méd. 1. December 1896. p. 181.*

42jährige Frau, wegen eines Kropfes der Thyroidtherapie unterzogen (60 cg frische Schilddrüse). Trotz der geringen Dosis traten Alsgemeinstörungen auf, Beschleunigung des Herzschlages, Schmerzen etc. M. giebt nun neben der Schilddrüse noch Arsen und sieht die üblen Nebenwirkungen verschwinden. Die Pat. verträgt die Schilddrüsentherapie jetzt gut; der Kropf nimmt allmälig ab, ohne dass Pat. abmagert.

A. CARTAZ.

167) **J. W. Little. Thyroidbehandlung bei Kropf, Myxoedem und Cretinismus. (Thyroid treatment of goitre, myxoedema and cretinism.)** *Northwestern Lancet. 1. December 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

168) **Redact. Notiz. Symptome beginnender Basedow'scher Krankheit. (Symptoms of incipient exopthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 12. Dec. 1896.*

Von grosser Bedeutung ist es, die Basedow'sche Krankheit möglichst früh zu erkennen, ehe noch der Exophthalmus und der Kropf in Erscheinung treten. Verf. bespricht deshalb die Frühsymptome. Die erste Stelle unter ihnen nehmen eine Reihe von Augenstörungen ein, dann gewisse nervöse Störungen, der Tremor, gewisse Allgemeinstörungen von Seiten des Verdauungstractus u. v. a.

LEFFERTS.

169) **Ratjen. Myxoedema idiopathicum.** Festschr. d. ärztl. Vereins in Hamburg. 1896.

Heilung durch Thyreoidintabletten.

A. ROSENBERG.

170) **E. M. Dupaquier. Thyroidbehandlung bei Myxoedem. (Thyroid medication in myxoedema.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. März 1896.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

171) **A. T. Davies. Myxoedem behandelt mit Thyroidextract. (Myxoedema treated by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journ. 5. December 1896.*

Erneute Vorstellung eines bereits im Jahre 1887 der Clinical Society demonstrirten Falles von Myxoedem, welcher mittlerweile unter Behandlung mit Schilddrüsenextract sich bedeutend verbessert hatte, am 27. November 1896.

SEMON.

172) **Herrick. Schilddrüsentherapie. (Thyroid therapy).** *N. Y. Med. Record. 7. November 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen über die Wirksamkeit des Schilddrüsenextractes: 1. Es heilt das Myxoedem (idiopathisches, cretinistisches, operatives). 2. Es heilt viele Fälle von Fettsucht. 3. Einfacher hyperplastischer Kropf, besonders bei jugendlichen Personen, wird oft damit geheilt oder gebessert. 4. Bei den unter 1, 2, und 3 genannten Krankheiten muss die Schilddrüsenzufuhr unbegrenzte Zeit hindurch fortgesetzt werden, um Recidive zu verhüten. 5. Das Mittel

erweist sich werthvoll in manchen Fällen von Tetanie. 6. Beit Hautkrankheiten ist sein Nutzen zum mindesten zweifelhaft. 7. Dasselbe gilt von Geistes- und Nervenkrankheiten. 8. Bei Basedow'scher Krankheit ist das Mittel contraindicirt. 9. Die Resultate sind dieselben, gleichviel ob man frische Drüsen, Extracte oder getrocknete Drüse giebt. 10. Dieselbe Wirksamkeit hat wahrscheinlich auch Baumanns's Thyrojodin.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

173) **Lefour** und **Fieux. Blind endigender Oesophagus. Breite Verbindung zwischen Speiseröhre und Trachea. (Imperforation de l'oesophage. Large communication trachéo-oesophagienne.)** *Bulletin médical. 12. Juli 1896.*

Die Anomalie fand sich bei einem Mädchen, das 10 Stdn. nach der Geburt gestorben war. Das Vorkommniss ist selten; es erklärt sich durch eine Entwicklungsstörung, da Trachea und Speiseröhre von einem Canal abstammen. Mit dem Leben ist diese seltene Missbildung, von der 8 Fälle bisher beschrieben sind, natürlich unvereinbar. Das Kind stirbt vor dem 4. Tag an Inanition oder in Folge von Eintritt von Milch und Magenschleim in die Lungen.

PAUL RAUGÉ.

174) **Karo** (Soldin). **Ueber Blutungen aus Oesophagusvaricen.** Dissert. Würzburg. 1896.

Ein 61jähriger Mann erbrach Blut und entleerte solches mit den Faeces; der tödtliche Ausgang wurde bedingt durch ein Carcinom des Colon ascendens. Bei der Autopsie fand man neben zahlreichen stark erweiterten Venen in der Oesophagusschleimhaut eine quer über einen Varix gehende Narbe.

SEIFERT.

175) **L. Galliard** (Paris). **Die Speiseröhrenentzündungen. (Les oesophagites.)** *Medecine moderne. 4. April 1896.*

Verf. verwirft die alte pathologisch-anatomische Nomenclatur der Oesophagitiden (O. simplex, follicularis, ulcerosa, phlegmonosa, pseudemembranacea) und schlägt folgende Eintheilung vor, die sich auf die Pathogenese der Erkrankung gründet:

1. Oesophagitis traumatica, verursacht durch Instrumente, Sonden, Gräten, Knochen, Zähne und andere Fremdkörper.

2. Oesophagitis durch physikalische oder chemische Agentien verursacht (zu kalte oder zu heisse Getränke, Alkohol, Arsen, Jod, Quecksilber, Sublimat, Aether, Ammoniak, Natrium, Kalium, Carbolsäure, Schwefelsäure, Tartarus stibiatus).

3. Diathetische Oesophagitis, zur Zeit auf die Gruppe der arthritischen Speiseröhrenentzündumgen beschränkt.

4. Oesophagitis parasitären Ursprungs bei Soor, Actinomycose, Tuberculose, Syphilis, Pemphigus, acutem Gelenkrheumatismus, Grippe, Typhus abdominalis und Typhus exanthematicus, Cholera, Diphtherie, Variola, Scharlach, Masern, Erysipel, Staphylo-, Strepto- oder Pneumokokken-Infektionen.

Allen diesen ist gemeinsam das eine Symptom der schmerzhaften Dysphagie, deren Sitz schlecht bestimmt wird, bald cervical, bald retro-sternal oder im Epigastrium.

In symptomatischer Hinsicht unterscheidet Verf. nur die a) acute Oesophagitis, die durch stärkere Schmerzen und hohes Fieber ausgezeichnet ist und bei der Pus, Blut und Membranen ausgestossen werden; die instrumentelle Untersuchung ist zu vermeiden.

Und die b) chronische Oesophagitis mit Regurgitation der Speisen, Erbrechen und Cachexie. Bei dieser darf mit Vorsicht sondirt, oesophagoscopirt und endostethoscopirt werden.

Als Folgen der Oesophagitiden führt Verf. auf:

1. Frühe Erscheinungen: Blutung, Gangrän, Perforation.

2) Spätere Folgen: Fisteln, Stricturen.

Die Behandlung unterscheidet:

a) sofortige Anordnungen: Eiswasser, Opium, Cocain, Kalkwasser, Essigwasser; und

b) spätere Eingriffe: Sondirung; wenn nöthig Gastrotomie.

PAUL RAUGÉ.

176) **Curt Horneffer** (Greifswald). **Ein Fall von röhrenförmiger Abstossung der Oesophagusschleimhaut nach Schwefelsäurevergiftung.** *Virchow's Arch. Bd. 144. p. 405. 1896.*

Das röhrenförmige Gewebsstück wurde am 7. Tage nach der Vergiftung ausgestossen; 2 Tage später stirbt der Pat. Die ausgestossene Membran ist ein 32 cm. langes Rohr. Die mikroskopische Untersuchung des Oesophagus, dessen Schleimhaut an keiner Stelle mehr erhalten ist, und der ausgebrochenen Membran ergiebt, dass als Ursache der Schorfbildung und der Abstossung des langen Schlauches nicht etwa reactive Entzündung und Granulationsbildung angesehen werden kann. Der Schorf ist gar nicht an der Grenze des todten Gewebes vom lebenden abgestossen, sondern es findet sich an der inneren Seite des Oesophagus noch eine schmale Schicht structurlosen Gewebes.

F. KLEMPERER.

177) **Bunts. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *Cleveland Journal of Medicine. December 1896.*

B. berichtet über 3 Fälle von Narbenstrictur. Zwei davon betrafen Kinder von 2 Jahren, die Lauge geschluckt hatten. Die Stenosen wurden mit besonderen Sonden dilatirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

178) **W. H. Price. Knöchelstein im Oesophagus, durch Röntgenstrahlen localisirt. (Jack-stone in the oesophagus located by the Röntgen ray.)** *Med. and Surg. Reporter. 20. Juni 1896.*

Pat. war ein Kind von $2^1/_2$ Jahren. Der Stein wurde durch X-Strahlen okalisirt und operativ entfernt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

179) **L. Galliard** (Paris). **Die Complicationen des Oesophagus-Carcinoms. (Les complications du Cancer de l'oesophage.)** *Médecine moderne. 20. Mai und 17. Juni 1896.*

Die 3 Cardinalsymptome des Speiseröhrenkrebses sind die Dysphagie, Drüsenschwellung und Cachexie. Alles Uebrige gehört bereits in das Kapitel der Complicationen. Verf. bespricht folgende:

1. Blutungen. Sie kommen als mässige, profuse und foudroyante vor. Die letztgenannte Form entsteht durch Perforation der grossen Gefässe (zumeist der Aorta, dann der linken Carotis, rechten Subclavia, rechten 2 Intercostalarterien und A. pulmonalis). Man vermeide die Sondirung. Behandelt wird die profuse Blutung mit Eis, Ergotin, Eisenchlorid, Injectionen von Aether oder Serum.

2. Peri-oesophageale Eiterungen. Diese Abscesse sind circumscript oder diffus; sie zeigen sich in der Halsgegend oder im vorderen oder hinteren Mediastinum. Tritt der Abscess an die Oberfläche, so wird der Eiter entleert. Weiter kann man therapeutisch nichts thun.

3. Pharynx- und Larynxkrebs, die als secundäre Erkrankung bei Oesophaguscarcinom recht häufig sind, führen zu asphyctischen Erscheinungen und machen die Tracheotomie nöthig.

4. Recurrenserkrankung mit den Respirations- und Phonationsstörungen, die eine Folge der Kehlkopflähmung sind. Gegen die Dysphonie ist nichts zu thun. Nimmt die Dyspnoe überhand, so wird tracheotomirt.

5. Vagusläsion. Auf sie werden das Erbrechen, der keuchhustenartige Husten, die Dyspnoe und die Herzstörungen zurückgeführt.

6. Invasion der Schilddrüse durch den sich ausbreitenden Krebs.

7. Läsionen der Trachea und Bronchien durch a) einfache Compression, b) Infiltration oder c) Perforation der Athemwege mit ihren plötzlichen, oft foudroyanten Erstickungssymptomen. Ernährung per rectum oder Gastrotomie wird dabei nöthig.

8. Erscheinungen seitens der Lunge; theils durch Krebsmetastasen in den Lungen, theils durch Lungenentzündung (Pneumonie und Bronchopneumonie), theils durch Lungengangrän oder auch Tuberculose, die bekanntlich selbst bei narbiger Oesophagusstrictur nicht selten vorkommt. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. December 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

P. M'Bride: Fettgeschwulst der Epiglottis.

Die Geschwulst, ein röthlicher rundlicher Tumor, wurde im Jahre 1887 mit der Jarvis'schen Schlinge abgetragen, es erfolgten aber wiederholte Recidive innerhalb der ersten beiden Jahre. Dann trat ein 8jähriges freies Intervall ein, und erst kürzlich erfolgte ein neues Recidiv, das wiederum entfernt und nunmehr der Gesellschaft vorgelegt wurde. Der Fall war bereits in den Transactions der Edinburgh Medico-Chirurgical Society 1888 beschrieben, und die Natur der Geschwulst durch mikroskopische Untersuchung sichergestellt.

P. M'Bride: Photographien eines Falles von rapider Zerstörung der Nase und des Gesichts.

Ein 28jähriger Stubenmaler, der nie etwas mit Pferden zu thun gehabt hatte, kratzte im December 1895 das Innere seiner linken Nasenhälfte mit dem Finger. Die Nase juckte und schmerzte zuerst, innerhalb einer Woche begann die Haut zu schwellen. Die Schwellung nahm allmälig zu und erstreckte sich auf die linke Backe; Ausfluss aus der Nase trat ein. Anfang Januar 1896 zeigte die Untersuchung ein ziemlich grosses Geschwür an der inneren Seite der linken Ala. Die Untersuchung entfernter Theile desselben auf Tuberkelbacillen ergab ein negatives Resultat. Es wurde nunmehr an Syphilis gedacht, und der Patient mit Jodkalium behandelt. Auch dies hatte keinen Erfolg, und der Zustand des Pat. verschlimmerte sich. Im März war erysipelasartige Schwellung des linken Nasenflügels, der linken Backe und des linken unteren Augenlides vorhanden. Eine Pustel begann sich auf dem Nasenflügel zu bilden, an der linken mittleren Muschel fand sich blossliegender Knochen. Allmälig ging die Pustel in eine Fistel über, und Zerstörung der umgebenden Theile folgte. Am 5. April wurde der Patient von Dr. Semon und Dr. Milligan gesehen: Ersterer dachte an einen phagedänischen Schanker und rieth zu mercuriellen Einreibungen. Eine von Dr. Milligan auf Tuberkel gemachte Probeinoculation bei einem Meerschweinchen mit Material, welches von dem Geschwür entnommen war, blieb ohne Resultat. Destruirende und caustische Mittel, welche in Anwendung gezogen wurden, um der immer weiter greifenden Gewebsvernichtung Einhalt zu thun, blieben ebenfalls erfolglos. Hohe Temperaturen septicämischen Charakters mit periodischem Oedem des Gesichts und der Augenlider traten auf. Im Juli sah Dr. Unna (Hamburg) den Kranken und dachte an maligne tertiäre Syphilis sowie an Rotz. Er empfahl Jod und Chinin verbunden mit localem Gebrauch von Wasserstoffsuper-

oxyd. Neue zu dieser Zeit unternommene Culturexperimente blieben ebenfalls erfolglos. Es fanden sich keine Rotzbacillen, sondern nur zahlreiche Coccen. Die inoculirten Meerschweinchen starben, das eine nach einigen Tagen, das andere nach einem Monat, aber ohne Orchitis, die für diese Thiere charakteristische Evidenz von Rotz. Unter immer weiterem Fortschreiten der Gewebszerstörung starb der Patient am 18. September. — Die Obduction warf ebenfalls kein Licht auf die Natur der Erkrankung. Alle Organe waren normal, ausser Atrophie des Herzens und des rechten Hodens. Die Zerstörung des Gesichts war äusserst ausgebreitet, die ganze äussere Nase und der grössere Theil der Oberlippe waren völlig zerstört, und beide Backenbeine lagen vollständig bloss. Verschiedene Pathologen untersuchten Schnitte, die von den Rändern des Geschwürs genommen waren, und mehrere derselben waren in Folge der stark vorhandenen Endoarteriitis der Ansicht, dass es sich um tertiäre Syphilis handele. Gegen diese Ansicht sprachen nach der Meinung des Vortragenden der Mangel einer definitiven Anamnese und sonstiger begleitender Umstände. Andererseits hätten französische Schriftsteller unter dem Namen „zerstörender Rotz des Gesichts“ eine Varietät des Rotzes beschrieben, welche ähnliche Resultate zur Folge hätte; alle Details des Falles aber sprächen gegen eine derartige Natur des Leidens. Dr. Muir, Patholog der Edinburgh Royal Infirmary, hätte die mikroskopischen Präparate inspicirt, und sei fest davon überzeugt, dass das Leiden nicht mit irgend einem bekannten Krankheitsbilde übereinstimme.

Der Präsident gab die Details von dem Befunde, wie er ihn im Frühjahr während seines Aufenthalts in Edinburgh gesehen hatte. — Mr. Spencer dachte, dass das Leiden möglicherweise analog dem Noma der Kinder sei, und auch mit den von Sir James Paget als „Carbunkel der Lippe bei Erwachsenen“ beschriebenen Fällen Aehnlichkeit habe; der primäre phagedänische Schanker, an den der Präsident gedacht habe, schiene durch den Mangel an Drüsenvergrösserung ausgeschlossen zu sein. — Dr. Bronner sagte, dass er ein ähnliches Leiden an den Augenlidern von Kindern gesehen habe. — Dr. W. Hill frug, ob der Patient lange genug gelebt hatte, um secundäre Symptome zu entwickeln, da wenn der Fall, wie vom Präsidenten vermuthet, ein Beispiel äusserst bösartiger syphilitischer Phagedaena gewesen sei, er vermuthlich wenig auf Mercur reagirt haben würde. — Dr. M'Bride erwiederte, dass Noma und Syphilis gründlich erwogen wurden, aber seiner Ansicht nach ausgeschlossen seien.

M. M'Bride: Fremdkörper in der Nase.

Rhinolith, der seit vielen Jahren in der Nase einer 32jährigen Dame gesteckt hatte und von dem Vortragenden entfernt worden war. Ob der Kern ein Fremdkörper oder mortificirter Knochen war, ist nicht zu entscheiden.

Logan Turner: Papillom des Septum nasi.

Demonstration der Geschwulst und mikroskopischer Präparate. Das Papillom, eine grosse blumenkohlähnliche Geschwulst, nahm die ganze rechte Nasenhälfte ein. Die Befürchtung, dass es sich um eine bösartige Neubildung handle, bestätigte sich nicht, nachdem sie durch äussere Operation (Professor Annan-

dale) entfernt worden war. Mikroskopische Untersuchung zeigte die Structur eines gutartigen Papilloms.

J. B. Ball: Ein Fall für Diagnose.

Ein 33jähriger Mann klagte über Schmerzen in der linken Seite des Halses und Dysphagie. Er glaubt, dass ihm vor 10 Monaten eine Hechtgräte im Halse stecken geblieben sei. Der linke Gaumenbogen ist verdickt und die linke Hälfte des weichen Gaumens bewegt sich nicht. In der linken Mandelregion ist ein kleines Geschwür, und die ganze Gegend fühlt sich indurirt an. Die Epiglottis ist roth und besonders links stark verdickt. Die linke ary-epiglottische Falte und der linke Giesbeckenknorpel sind stark ödematös und geschwollen, weniger so die correspondirenden Theile rechts. Die Drüsen unterhalb des Kieferwinkels links sind geschwollen und empfindlich auf Druck. Patient stammt aus sehr tuberkulöser Familie, es liegen aber in seinem eigenen Falle keine weiteren Anzeichen für Tuberkulose vor.

Dr. de Havilland Hall war nach dem Aussehen des Kehlkopfs überzeugt, dass auch die Ulceration im Pharynx tuberkulös sei. — Dr. Dundas Grant hatte zuerst an Epitheliom gedacht, bis die Untersuchung des Kehlkopfs ihn von dieser Ansicht abbrachte. Auch er meinte, es handle sich um Tuberkulose. — Dr. Ball schloss sich dieser Ansicht an.

Herbert Tilley: Ein Fall von subglottischer Stenose.

Eine 38jährige Frau hatte seit zwei Monaten an Athemnoth gelitten; keine Schmerzen, dagegen Heiserkeit etwa 3 Wochen nach Anfang der Dyspnoe. Keine syphilitische Anamnese. Der Kehlkopf war normal, die subglottische Region dagegen verengt, und mit grünem zähem Schleim bedeckt. Das ganze Aussehen der Patientin deutete auf Syphilis.

C. A. Parker: Fall von Ulceration des Rachens.

Nach Entfernung von vergrösserten Tonsillen und adenoiden Vegetationen bei einer 23jährigen Frau trat Ulceration im Nasenrachenraum, der rechten Tonsille, und der rechten Seite des weichen Gaumens auf. Dieselbe schien so auf Syphilis zu deuten, dass sie mit Quecksilber und Jodkali behandelt wurde. Reste der adenoiden Vegetationen wurden entfernt, worauf sich die Ulceration schnell verschlimmerte; Delirium, häufige Kopfschmerzen und Temperaturerhöhung gegen Abend traten auf. Diese konnten nicht auf ein früher bestandenes Ohrenleiden zurückgeführt werden, da dasselbe anscheinend ganz geheilt war. Nach abwechselnden Verbesserungen und Verschlimmerungen trat im Ganzen eine Verbesserung im eigentlichen Rachen ein, während sich die Ulceration im Nasenrachenraum verschlimmerte. Gegenwärtig bedeutende Zerstörung des Gaumens und der Uvula, Verdickung und Oedem des rechten hinteren Gaumenbogens, der mit gelben Punkten übersäet ist, und eine dicke rothe Masse im Nasenrachenraum, unmittelbar hinter dem rechten Gaumenbogen, welche sich bis zur glosso-epiglottischen Falte erstreckt. Im Nasenrachenraum active Ulceration. Am Tage vor der Demonstration wurde zum ersten Mal ein kleines Geschwür, umgeben von oedematösem Gewebe

an der linken Seite des Septum nasi gerade gegenüber dem unteren Rande der mittleren Muschel entdeckt.

Dr. M'Bride meinte, es könnte sich um tertiäre Syphilis handeln, Dr. Grant dachte an Empyem der Nebenhöhlen der Nase; die Thatsache, dass die Patientin an Delirium gelitten hatte, unterstützte diese Idee. — Mr. Parker erwiderte, dass die Complicatien Seitens der Nase etwas ganz Neues sei und nicht für das Fieber und Delirium verantwortlich gemacht werden könnte. Er selbst meinte, es handle sich um Tuberkulose.

F. de Havilland Hall. Oedem der Giesbeckenknorpel.

Der Patient, ein 47jähriger Mann, bot keine Zeichen sonstiger organischer Erkrankung dar. Der rechte Giesbeckenknorpel war sehr bedeutend, der linke in geringerem Maasse geschwollen, die Schleimhaut über beiden bleich. Die Ansicht der Versammlung wurde gewünscht.

Dr. Tilley erinnerte an einen ähnlichen, von ihm in der letzten Sitzung gezeigten Fall. — Dr. Newman frug, ob Eiweiss im Urin sei; die Erscheinung erinnere an das Kehlkopfoedem bei Nierenerkrankung. — Dr. M'Bride meinte, dass das laryngoscopische Bild dem bei rheumatischer Erkrankung ähnlich sei, nur die Farbe der Theile sei eine andere. — Der Präsident rieth zu vorsichtigen Pilocarpin-Injectionen. — Dr. Hall erwiderte, dass Eiweiss im Urin nicht vorhanden sei.

Dundas Grant und Richard Lake. Prae-epiglottische Cyste mit Specimen und mikroskopischen Präparaten.

Die Cyste sass auf der oberen Fläche der rechten Hälfte der Epiglottis einer 30jährigen Frau und war grösstentheils unter dem umgebenden hypertrophischen Lymphgewebe der Zungentonsille versteckt. Sie wurde mittelst der Mackenzie'schen Zange entfernt. Die verschiedenen Hyperaesthesien und Paraesthesien der Patientin verschwanden nach der Entfernung dauernd. Mr. Lake betrachtete die Cyste nach dem Resultat seiner mikroskopischen Untersuchung als eine Retentionscyste einer Krypte der Zungentonsille.

J. W. Bond. Verdickung des harten Gaumens.

Schmerzhafte Schwellung am Uebergange des harten und weichen Gaumens in der Mittellinie bei einem 28jährigen Mädchen. Die Schwellung hatte vor 9 Monaten begonnen, im Laufe der letzten drei Wochen zugenommen, und bestand aus drei rundlichen Abtheilungen. Sie war bleicher, als der Rest der Schleimhaut und auf Druck empfindlich. Der Vortragende hielt sie für eine Exostose und beabsichtigte, sie zu entfernen.

J. W. Bond. Geschwulst im oberen Theile des Oesophagus.

Im Rachen einer 30jährigen Frau, die seit 9 Monaten an Halsschmerzen und Schlingbeschwerden gelitten hatte, fand sich eine grosse, ulcerirende, blumenkohlähnliche Masse hinter der Epiglottis, die den Kehlkopf vollständig bedeckte und vom oberen Rande des Oesophagus ausging. Sie wurde mit der kalten Schlinge

entfernt. Eine Blutung erfolgte nicht. Bei mikroskopischer Untersuchung erklärte Dr. Hewitt die Geschwulst für ein Fibrom. Gegenwärtig sieht man hinter dem Giesbeckenknorpel rechts eine fungöse Masse von ziemlich bösartigem Aussehen.

W. G. Spencer. Fall von Excision des Kehlkopfs und der beiden oberen Ringe der Trachea wegen perichondralen Sarcoms des Ringknorpels.

W. G. Spencer. Fall von Excision eines Stimmbandes wegen Carcinoms.

Demonstration der beiden Patienten, deren Fälle unter Vorlegung der Präparate in der November-Sitzung (vgl. Centralblatt 1897, p. 277) berichtet worden waren.

Lambert Lack. Totale Exstirpation des Kehlkopfes wegen Epithelioms.

Der Patient war ein 58jähriger Mann, der seit zwei Jahren an Heiserkeit gelitten hatte. Die Neubildung hatte das rechte Taschenband und Stimmband und die beiden vorderen Drittel des linken Stimmbandes ergriffen, und erstreckte sich nach unten bis zum ersten Trachealring.

Die Operationsmethode, mittelst derer der Vortragende zunächst das untere Ende der querdurchschnittenen Trachea in die Halswunde einnähte und dadurch das Eindringen von Flüssigkeiten und septischen Sekreten in die Luftwege verhinderte, ist im Originalbericht, auf den verwiesen werden muss, genau beschrieben. Der Patient, der am 15. August operirt worden war, konnte nach 14 Tagen das Hospital verlassen. Der Verlauf war aseptisch und afebril. Pat. ist gegenwärtig stimmlos, kann aber flüstern, und nimmt an Kräften zu. Er trägt keine Tracheotomiecanüle.

Lambert Lack: Totale Exstirpation des Kehlkopfs mit einem Theil der Vorderwand des Pharynx, des hinteren Theiles der Zunge und Lymphdrüsen am Halse wegen Epithelioms.

Der Patient, ein 45jähriger Mann, hatte seit 18 Monaten an zunehmenden Schmerzen, Schlingbeschwerden, und seit den letzten vier Monaten an wiederholten, gelegentlich schweren Blutungen gelitten. Die Geschwulst umfasste die Epiglottis, die arytaeno-epiglottischen Falten, die vorderen Theile der Taschenbänder, die anstossenden Partien der Zunge und des Pharynx, und es war eine Infection der Lymphdrüsen im linken vorderen Halsdreieck vorhanden. Laryngoskopisch zeigte sich die Epiglottis in eine purpurrothe, ulcerirende Geschwulst von Hühnereigrösse verändert. Sie schien aus dem Kehlkopf, den sie ganz bedeckte, hervorzuragen und der scharf begrenzte Rand der Neubildung an der Zunge war von verschiedenen Untersuchern für eine ulcerirte, geschwollene und theilweise zerstörte Epiglottis gehalten worden. Der Kehlkopf wurde am 5. September 1896 und die Drüsen fünf Wochen später entfernt. Die Operation wurde nach derselben Methode vorgenommen, wie sie im letzten Fall beschrieben ist. Doch ging ihr eine präliminäre Pharyngotomie vorher, die unternommen wurde,

um zu sehen, ob sich die Radicaloperation überhaupt würde ausführen lassen. Das Vernähen der Wunde bot infolge der grossen, im Pharynx entstandenen Lücke beträchtliche Schwierigkeiten. (Die Details müssen im Original nachgelesen werden.) Ein kleiner Sinus blieb zurück, der dem Patienten aber keine Beschwerde verursachte. Der Kranke hat bedeutend an Kräften zugenommen. Die Operation war vorher in drei anderen Hospitälern verweigert worden.

Die Discussion erstreckte sich sowohl auf die Spencer'schen, wie auf die Lack'schen Fälle. — Der Präsident sprach seine Ansicht dahin aus, dass solche Resultate, wie die erzielten, zweifelsohne als ein chirurgischer Triumph zu betrachten seien und dass die Vernähung der Trachea in die Hautwunde eine neue Aera für die Exstirpation des Kehlkopfs überhaupt eröffne. Nichtsdestoweniger sei der Zustand der Patienten, selbst nach erfolgreicher Operation, ein so bedauernswerther, dass er keinen Widerspruch erwarten zu dürfen glaube, wenn er von Neuem darauf dränge, dass womöglich stets die Diagnose in Fällen von Kehlkopfkrebs so früh gestellt werden solle, dass man mit geringeren Operationen auskommen könne. — Dr. Newman stimmte dieser Ansicht bei und meinte sogar, dass, wenn es unmöglich sei, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, man überhaupt von einer Operation Abstand nehmen solle. — Dr. Hall betonte, dass in einem von Mr. Spencer's Fällen die Patientin sich in ihrem Allgemeinbefinden seit der Operation bedeutend verbessert hätte; angesichts der Thatsache, dass die Neubildung sich vollständig im subglottischen Raum befand, war in diesem Falle die frühzeitige Stellung der Diagnose unmöglich, und zur Zeit der Operation war die Totalexstirpation die einzige mögliche Procedur. — Mr. Spencer sagte, dass der Patient, an welchem er die totale Exstirpation vorgenommen habe, sich in seinem Allgemeinbefinden bedeutend verbessert habe, leicht schlucken und sich mit anderen Kranken und Wärterinnen im Hospital unterhalten könne. Er habe die Operation zu keinem anderen Zweck vorgenommen, als um Erleichterung zu schaffen. Jedenfalls aber würde das Leben des Patienten für mehrere Monate verlängert und erträglich gemacht worden sein. — Mr. Lack sagte, er könne nicht einsehen, was anderes in den von ihm operirten Fällen hätte gethan werden können, als was er gethan hätte. Es sei in solchen Fällen noch immer die Möglichkeit einer Heilung vorhanden und er hielte die Operation für berechtigt. — Der Präsident bemerkte zum Schluss, er hoffe, dass man ihn allgemein dahin verstanden habe, dass er nicht so weit ginge, zu erklären, dass die Operation nicht zu rechtfertigen sei.

Adolf Bronner. Mikroskopische Präparate einer gestielten tuberculösen Neubildung eines Stimmbandes.

Die Neubildung sass am linken Stimmbande eines an Lungentuberkulose leidenden Patienten. Sie war roth gefärbt, rund und gestielt, und wurde mit der Zange entfernt. Die Heiserkeit, an der der Patient gelitten hatte, verschwand. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Riesenzellen im Granulationsgewebe.

Dr. M'Bride gedachte ähnlicher in der deutschen Literatur erwähnter Fälle (Avellis u. A.).

Jobson Horne. Fibrom der rechten Nasenhälfte mit mikroskopischen Präparaten.

Die rechte Nasenhälfte einer 70jährigen Frau wurde durch einen unregelmässig rundlichen dunkelgrauen Tumor fast verschlossen. Derselbe war nach einem Fall auf die rechte Seite aufgetreten, das erste Symptom war wiederholte Epistaxis gewesen. Ein Theil der Geschwulst wurde mit der Krause'schen Schlinge entfernt, und stellte sich als ein Fibrom heraus. (Der Verfasser beschrieb eine ältere Methode schneller Präparation für histologische Untersuchung, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden muss.) Seit der Entfernung dieses Stückes hat die Epistaxis aufgehört und die Obstruction sich verbessert.

Watson Williams. Ein Fall von congenitaler Nasenstenose.

Bei einem 28jährigen Manne fand sich die rechte Nasenhälfte durch eine congenitale Membran verschlossen, welche an der Grenze des Vestibulum und der eigentlichen Nase sass. Der Verschluss war de facto complet, denn obwohl sich in dem Centrum der Membran eine kleine Oeffnung befand, welche eben eine Sonde durchliess, so konnte der Patient durch das rechte Nasenloch weder in- noch exspiriren. Syphilis und andere Nasenkrankheiten waren ausgeschlossen, doch hatte der Kranke im Alter von 3 oder 4 Jahren bei einem Fall einen starken Schlag auf die Nase erlitten, welcher eine Deviation zu der gesunden Seite producirt hatte. Der Knorpel des Septum wich vorn mit der convexen Seite nach der verschlossenen Nasenhälfte ab. Auch war eine wenig markirte horizontale ähnliche Verbiegung der Mitte des Septums vorhanden. Die untere Muschel war nicht vergrössert, und die Nasen- und Kieferknochen der afficirten Seite nicht mangelhaft entwickelt. Die Augen waren bilateral symmetrisch gestellt, und keine Deformität der Zähne oder des Gaumens vorhanden. Der Vortragende erörterte die Ziem'schen Experimente über einseitigen Verschluss der Nasenhöhle bei jungen Thieren im Verhältniss zu dem vorgestellten Fall.

A. Bowlby. Präparate eines Angiofibroms des Pharynx zur Illustration der Effekte von Druck auf die Maxilla superior.

Demonstration der Präparate.

A. Bowlby. Eine Rachengeschwulst.

Der Fall wurde vorgestellt, um Meinungen über seine Natur einzuholen. Der Vortragende selbst hielt die Geschwulst für ein Fibrom, während Dr. Scanes Spicer ihn für eine Cyste, Dr. Newman für ein Ecchondrom, und Mr. Lambert Lack ihn für ein Adenom ansah. Der Präsident meinte, er sei jedenfalls zu hart für eine Cyste.

Semon.

Sitzung vom 13. Januar 1897.

Vorsitzender: Sir Felix Semon.

Die Sitzung begann mit der Wahl des Vorstandes für das nächste Vereinsjahr. Zum Vorsitzenden nach Ablauf der statutenmässigen Amtsdauer des gegenwärtigen Vorsitzenden wurde H. T. Butlin gewählt.

Es folgte der Bericht der Commission zur Untersuchung von Neubildungen. Erklärt wurden:

1. das „Sarcom des Ringknorpels" (Mr. Spencer. Sitzung vom 11. November 1896) für ein Carcinom;

2. das „Rundzellencarcinom des Stimmbandes" (Mr. Spencer. Sitzung vom 11. November 1896) für ein Carcinom, ausgehend von den Cylinderzellen der Drüsengänge;

3. das „Sarcom der Nase" (Dr. Bond, 11. November 1896) für ein typisches Carcinom der villösen oder papillären Art;

4. das „Papillom der Nase" (Dr. Logan Turner, 9. December 1896) für ein nicht-bösartiges Papillom;

5. die „rapide Zerstörung von Gesicht und Nase" (Dr. Mc Bride, 9. December 1896) für gewöhnliche entzündliche Veränderungen; keine Neubildung oder besondere Bakterien.

Dr. Semon demonstrirte X-Strahlen-Photogramme von Dr. Macintyre, von denen eines die Verhältnisse des Halses, ein anderes eine Münze im Oesophagus erkennen lässt.

Dr. Permewan: Doppelseitige Abductorenlähmung.

Patient, ein Kind von 5 Jahren, wurde in das Krankenhaus gebracht wegen lauten Athmens in der Nacht und gelegentlicher Krampfanfälle. Es wurden die hypertrophischen Tonsillen und adenoide Vegetationen entfernt, ohne dass es zu einer Besserung kam. Später wurde eine doppelseitige Posticuslähmung erkannt und die Tracheotomie gemacht. Seither, das ist jetzt seit 7 Monaten, trägt das Kind die Canüle, ohne dass eine Erkrankung in Hals oder Brust bisher erkennbar geworden wäre. Es bestand weder Diphtherie, noch auch Halsweh; von Hirnerkrankung oder ähnlichem liegen keine Zeichen vor. Anzunehmen ist, dass eine Lymphdrüsenaffection besteht und dadurch die Recurrensnerven geschädigt sind.

Dr. Permewan: Tuberculöses Kehlkopfgeschwür.

P. demonstrirt Abbildungen von einem Falle, in dem ein tuberculöses Kehlkopfgeschwür unter Milchsäureapplicationen sehr schnell heilte.

Mr. W. R. H. Stewart: Kehlkopfstenose.

Redner stellt eine 44jährige Patientin vor, die seit 9 Monaten an Athembeschwerden leidet. Es besteht Anämie und Zeichen progressiver Muskelatrophie

an der einen Hand. Von einer Allgemeinerkrankung oder einer Verletzung ist nichts nachweisbar.

Mr. Bowlby nimmt als Ursache der Enge eine einfach entzündliche subglottische Schwellung an.

Dr. Semon findet neben der subglottischen Schwellung eine Fixation des linken Stimmbandes und glaubt, dass ein Fremdkörper etwas hinter und unterhalb der Glottis vorliegen könnte.

Dr. St. Clair Thomson vermuthet Albuminurie, Dr. Permewan und Dr. Horne Syphilis resp. Tuberculose als Ursache.

Mr. Stewart: Missbildung der Nase.

A. demonstrirt einen 25jährigen Mann mit doppelter Nase (bifid nose). Es handelt sich um einen angeborenen Zustand; in der ersten Kindheit soll eine in der Mittellinie befindliche Geschwulst entfernt worden sein. Die Partie des Vestibulums ist beiderseits gut entwickelt; beide Seiten aber sind durch eine tiefe Furche getrennt, an deren Grunde noch eine Narbenbildung zu sehen ist. Ein Photogramm des Patienten ist den Verhandlungsberichten beigefügt. Es erhebt sich die Frage der Operation. (Eine Operation wurde in der Folgezeit auch mit gutem Resultate ausgeführt.)

Waggett vermuthet, dass der erwähnte Tumor wahrscheinlich eine Dermoidcyste war, deren Vorkommen in der Mittellinie der Nase mehrfach beschrieben ist. Eine solche kann in einer frühen Periode des fötalen Lebens sich entwickeln und mechanisch ein Hinderniss bilden für die Vereinigung der prominenten seitlichen Theile des medianen Processus nasalis, der stets eine deutliche mediane Trennungsfurche zeigt.

Dr. Bennett: Epitheliom (?) der Nase.

Linksseitige Nasenverstopfung bei einem 19jährigen Mädchen durch eine Geschwulst am Nasenboden, am Septum und an der unteren Muschel. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Neubildung zeigte das Bild eines Epithelioms, die klinischen Erscheinungen aber stimmten mit dieser Diagnose nicht überein.

Mr. P. de Santi: Rachen-Tasche.

Redn. demonstrirte eine Tasche im Pharynx bei einem 33jährigen Manne. Der Kranke hatte im Dreieck des Digastricus rechts eine sichtbare Schwellung, die sich beim Aufblasen der Backen sofort auf die Grösse einer Faust ausdehnte. Eine Oeffnung war nicht zu entdecken, auch drang nie etwas von Speise oder Trank ein. Zweimal war während des Schlafes eine Blutung aus dem Munde eingetreten. Der ausgedehnte Tumor gab einen dumpfen Schall bei der Percussion.

Mr. Bowlby vermuthet, dass es sich um einen Gefässtumor handelt und nicht um eine Lufttasche.

Mr. Wagget empfiehlt die Methode der Durchleuchtung zur Klarstellung der Natur dieser Geschwulst.

Dr. Kanthack: Sängerknötchen.

Redn. zeigte eine Reihe interessanter makroskopischer und mikroskopischer Präparate von Sängerknötchen vor. Die letzteren gaben ausgesprochene Zeichen von interstitieller Myositis, was gegen den glandulären Ursprung der Knötchen spricht.

Dr. Semon zweifelte nie an der entzündlichen Natur dieses Leidens; neu ist ihm dagegen, dass die Entzündung thatsächlich auf den Musculus vocalis hinabgreift.

Dr. Semon: Schwarze Zunge.

Vorstellung eines 40jährigen Patienten mit schwarzer Zunge. Vor 14 Tagen war die Affection noch typisch und ausgebreitet; sie hat sich sehr schnell gebessert unter täglich mehrmaliger Application einer aetherischen Lösung von Salicylsäure (5 $^0/_0$) gemischt mit Collodiumlösung (5 $^0/_0$).

Dr. St. Clair Thomson demonstrirte eine neue Nasenschlinge von Dr. Ernest Brown, die für langsamen und schnellen Zug eingerichtet ist und schmerzlos arbeitet.

Dr. Dundas Grant demonstrirte eine Hand-Staffelei, ein kleines Zeichenbrett, das auf die linke Hand befestigt wird zu dem Zwecke, Skizzen vom Larynx etc. anzufertigen.

Dr. Middlemas Hunt: Epitheliom des Larynx.

H. legt mikroskopische Präparate von einem Früh-Epitheliom des Stimmbandes vor. Die hirsekorngrosse Neubildung, die das vordere Drittel des linken Stimmbandes einnahm, wurde durch Thyrotomie zugleich mit dem afficirten Stimmband bei einem 56jährigen Manne entfernt. Seit etwa 1 Jahr hatte leichte Heiserkeit bestanden. 6 Monate nach der Operation ist der Pat. bei bester Gesundheit, seine Stimme vortrefflich.

Dr. Watson Williams: Einseitige Stimmbandparese.

Demonstration des Patienten. Derselbe, ein Medicinstudirender, hat in den letzten 2 Monaten viel mit Diphtherie zu thun gehabt und litt in dieser Zeit 2mal an Anginaanfällen. Der letzte war eine schwere, doch typische Form von acuter lacunärer Tonsillitis. Als Redn. den Pat. zuerst sah, war seine Stimme knarrend und das linke Stimmband zeigte eine Parese der Adductoren und Paralyse der Abduction. Unter localer Faradisation, Strychnin und Natrium salicyl. ging die Adductorenschwäche innerhalb 6 Tagen vollständig zurück; die Posticusparalyse verringerte sich in der Folgezeit zu einer leichten Parese. Redn. nimmt an, da alle Zeichen von Lues, Alkoholismus, intrathoracaler Erkrankung etc. fehlen, dass es sich um eine rheumatische Neuritis handelte. Er stellt den Fall

vor als ein Beispiel für die Tendenz der Adductoren, ihre Function vor den Abductoren wiederzugewinnen. Er entsinnt sich eines analogen Falles von Durchtrennung eines Vagus und Vernähung der Enden bei einem Kinde; auch da stellte sich die Function der Adductoren in ein paar Monaten wieder her und es blieb eine reine Abductorenparalyse zurück. Ernest Waggett.

---

b) **K. Gerhardt** (Berlin). **Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder.** Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. Bd. XIII. II. Theil. II. Abtheilung. Alfred Hölder. Wien 1896.

In knappster Form — die beiden Kapitel nehmen zusammen nur 71 Druckseiten ein — weiss unser verehrter Altmeister alles Wesentliche, was über diese beiden wichtigen Abschnitte gesagt werden kann, zusammenzufassen. Er giebt nach einer Literaturzusammenstellung, die nur wichtigere Arbeiten allgemeineren Inhalts in ihr Bereich zieht, zunächst eine kurze Geschichte unserer Kenntniss von den Kehlkopfgeschwülsten, zählt dann die einzelnen Geschwulstformen, ihre Ursachen und Symptome auf, und beschreibt in kürzester Weise die Methode intralaryngealer Operationen. Es folgt dann eine eingehendere Schilderung der einzelnen gutartigen Geschwulstformen, in der sich die reiche persönliche Erfahrung des Verfassers auf jeder Seite dokumentirt. — Sehr interessant sind die Erörterungen über den Kehlkopfkrebs. Nach Gerhardt's Erinnerung kommt die Erkrankung weit häufiger bei Wohlhabenden, als bei den schwer arbeitenden Klassen vor. Er glaubt ferner, dass der Carcinomkeim in gewissem Maasse übertragbar sei, nicht nur im Körper seines Trägers, sondern auch von anderen her, doch müssten die Bedingungen besondere und schwierige sein. — Die Frühformen des Stimmbandcarcinoms hätte ich gern etwas eingehender geschildert gesehen. — Sehr treffend sind die Bemerkungen über die Vorsicht, mit der man die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung probeweis excidirter Stücke zu verwerthen hat. — Hinsichtlich der Behandlung wird in geeigneten Fällen die Thyreotomie mit Entfernung aller kranken Theile, nöthigenfalls mit Resection des Knorpels empfohlen, in weiter vorgeschrittenen Fällen die Totalexstirpation nicht unbedingt verworfen. Den Schluss des Kapitels bildet ein kurzer Abschnitt über das Sarkom des Kehlkopfs.

Das Kapitel über die Bewegungsstörungen der Stimmbänder wird wiederum von einem Literaturverzeichniss eingeleitet, dem eine kurze Uebersicht über die anatomisch-physiologischen Grundlagen folgt. Es ist bewundernswerth, wie der Verfasser das Wichtigste auf diesem complicirten Gebiet in zwei kurze Seiten zusammenzufassen versteht. — Nach einer Uebersicht der einzelnen Lähmungsformen wird sodann die Frage des Einflusses von Grosshirnerkrankung auf die Stimmbildung erörtert und dahin beantwortet, dass die „hysterische Aphonie“ als einzige von den Rindencentren ausgehende Form von Stimmstörungen zu be-

trachten sei. Dieselbe wird sodann ausführlicher besprochen. — Es folgt eine Schilderung der einzelnen Formen von Bulbärlähmung (Tabes, Syringomyelie, multiple Sklerose, Bulbärkernlähmung). — Hieran schliessen sich die Lähmungen der einzelnen motorischen Nerven (Vaguslähmung, Recurrenslähmung, Superiorlähmung), die myopathischen und durch periphere Neuritis bedingten Lähmungsformen. — Dann folgt die Besprechung des Kehlkopfkrampfs und seiner Unterabtheilungen (Aphonia und Dysphonia spastica) und des Kehlkopfschwindels. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Abschnitt über die „Zitterbewegungen" der Stimmbänder („Verlegenheits"zittern, ferner bei Paralysis agitans, Tabes, Giftwirkung, Hemiplegie, klonischem Accessoriuskrampf, Nystagmus der Stimmbänder etc.) und über den klonischen Glottiskrampf der Neugeborenen und Säuglinge.

In so knapper Form die beiden Kapitel gehalten sind, so bieten sie eine Fülle von Anregung. Sie sind von einem Meister geschrieben, der bei vollständiger Beherrschung der Literatur seines Faches zu seiner Aufgabe nicht nur reichste eigene Erfahrung, sondern auch einen weiten, unbefangenen Standpunkt mitbringt und selbst die schwierigsten Fragen in klarster Weise darzustellen vermag. Ihr Studium sei auf's Wärmste empfohlen. Felix Semon.

---

c) **L. v. Schrötter** (Wien). **Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre.** Mit 53 Abbildungen. W. Braumüller. Wien und Leipzig 1896. pp. 195.

Es ist bekannt, dass Schrötter von jeher den Krankheiten der Luftröhre seine Aufmerksamkeit mit ganz besonderer Vorliebe zugewandt hat. Die reichen Ergebnisse seiner, an einem riesigen Material gesammelten, einschlägigen Erfahrungen finden sich im vorliegenden stattlichen Bande zusammengestellt, welcher eine Fortsetzung der „Krankheiten des Kehlkopfs" desselben Autors darstellt.

In seiner Vorrede sagt Schrötter, dass er sich bemüht habe, die Erkrankungen der Luftröhre im Zusammenhang und möglichst ausführlich darzustellen; bis jetzt seien dieselben entweder nur in ganz kurzen Abrissen oder zusammen mit den Erkrankungen der Luftwege überhaupt abgehandelt worden. Er hoffe in dieser Weise ein ziemlich vollständiges Bild einer Klinik der Luftröhrenkrankheiten gegeben zu haben.

Sprechen wir es gleich aus, dass diese Hoffnung in glänzendster Weise in Erfüllung gegangen ist. Die Trachea ist gegenüber dem — freilich in den verschiedensten Beziehungen hin unendlich wichtigeren — Kehlkopf bisher gemeiniglich in äusserst stiefmütterlicher Weise behandelt worden. Schrötter hat diese Lücke in vollendetster Weise ausgefüllt. Sein Werk ist in der That eine „Klinik der Luftröhrenkrankheiten", welche an Vollständigkeit in der Literatur ihres Gleichen nicht findet, und aus welcher auch der erfahrenste Laryngologe vieles ihm neue lernen wird.

In der ersten Vorlesung behandelt der Verfasser die Anatomie und die Verbildungen der Trachea. Sehr interessant sind die, durch einige vorzügliche Illustrationen erläuterten Verschiedenheiten des Bifurcationsspornus. — In der zweiten Vorlesung wird die Technik der Untersuchung und das tracheoskopische Bild besprochen. Namentlich bezüglich der ersteren wird eine Reihe sehr werthvoller Fingerzeige gegeben, und die Nothwendigkeit ausdauernder Geduld betont. — Die folgenden elf Vorlesungen sind den Erkrankungen der Luftröhre gewidmet. Die Reichhaltigkeit ihres Inhalts und die Gemessenheit des zur Verfügung stehenden Raumes verbietet, auf sie im einzelnen einzugehen, so gern ich dies auch möchte. Als besondere Glanzpunkte muss ich aber die Abschnitte über das Sklerom (p. 50), über die Fremdkörper (p. 72), über Geschwüre und Narben (p. 89), über die Neubildungen (p. 146) und vor allem: über die Trachealstenosen (p. 96 bis 146) hervorheben. Hier befindet sich der Verfasser auf seinem eigensten Gebiete. Die Aetiologie, die Symptome, die Diagnose, die Behandlung — alles ist in klarster, gründlichster Weise besprochen, und jeder, der sich in diesen schwierigen Fällen nach irgend einer Hinsicht hin Rath erholen will, wird in dem Schrötter'schen Werke nicht vergeblich suchen.

Aber es ist eigentlich unrecht, von „besonderen Glanzpunkten" zu sprechen. Das ganze Schrötter'sche Werk ist so glänzend, dass man nicht ein Kapitel auf Kosten des anderen preisen darf! — Sein Werth wird, wenn möglich, durch die vorzüglichen Abbildungen, durch das äusserst reichhaltige Literaturverzeichniss, und durch das sorgfältige und ausführliche Sach- und Autorenregister noch erhöht.

In summa: es ist ein Werk, auf welches unsere Specialität stolz sein darf, und ich bringe unserem Altmeister, der durch dasselbe bewiesen hat, dass er seiner alten Liebe, wenn er sich auch „officiell" von ihr getrennt hat, doch darum nicht untreu geworden ist, meinen herzlichsten Glückwunsch zu demselben dar.

Felix Semon.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, October. 1897. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **M. Lang** (Marienbad). **Einige Bemerkungen über die wichtigeren Arzneimittel und ihre Nebenwirkungen.** *Prager med. Wochenschr. 1897. No. 14.*

Ausführlich, aber nichts Neues. Unter den angeführten Arzneimitteln befindet sich auch das Cocain, sowie einige andere in der rhino-laryngologischen Praxis gebräuchlichen Medicamente mit Rücksicht auf ihre bekannten Nebenwirkungen.

CHIARI.

2) **W. Horne** und **N. Jearnsley. Eucain als lokales Anästheticum in der Hals-, Nasen- und Ohrenchirurgie. (Eucaine as a local anaesthetic in the surgery of the throat nose and ear.)** *Brit. Med. Journal. 16. Januar 1897.*

Für operative Eingriffe ist eine 8proc. Lösung am geeignetsten. Die Wirkung tritt nach 5—10 Minuten ein und hält 10—20 Minuten an. Der Puls wird nicht beeinflusst. Das Mittel bewirkt nur leichte Ischämie, oft aber steigert es die Salivation. Nachwirkungen kamen bei den 32 Fällen, bei denen es angewendet wurde, nicht zur Beobachtung.

ADOLPH BRONNER.

3) **Redact. Bemerkung. Das salzsaure Eucain bei Nasenoperationen. (Eucaine hydrochlorate in nasal operations.)** *The Laryngoscope. Januar 1897.*

Das Eucain hat keine hämostyptische Wirkung, sondern steigert die Congestion zu den Geweben. Dies ist von Vortheil für die Anwendung der Electrolysis behufs Behandlung der hypertrophischen Rhinitis, da der Collaps der Gewebe die Insertion der Nadeln stören würde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

4) **J. S. Gibbs. Eucain in der Laryngologie und Rhinologie. (Eucaine in laryngology and rhinology.)** *Philad. Polyclinic. 23. Januar 1897.*

Verf. findet, dass das Eucain als Anästheticum dem Cocain gleichsteht und dass es nahezu ebenso wirksam zur Verkleinerung geschwollener Muscheln ist. Die Gefahr toxischer Wirkung ist sehr viel geringer.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **W. C. Buckley. Klinische Erfahrungen über Lactophenin und Nuclein. (Clinical reports — Lactophenin and Nuclein.)** *The Laryngoskope. Febr. 1897.*

Verf. ist der Ansicht, dass bei allen parasitären Krankheiten des Halses und der Nase Lactophenin local angewendet werden soll und dass Nuclein bei allen Blutzersetzungen und allen comsumptiven Krankheiten das beste Mittel zur Beschränkung des Gewebszerfalles ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **X. Eucainum hydrochloricum.** *Therapeut. Wochenschr. 1897. No. 15.*

Das Mittel wird als locales Anästheticum für Nase und Hals in 5—10proc. Lösung empfohlen. CHIARI.

7) **Pouchet. Eucain und Cocain. (Eucaine et cocaine.)** *Société de therapeut. 12. März 1897.*

Die Toxicität des Eucains steht der des Cocains nicht nach. Die Vergiftungserscheinungen, die P. experimentell beim Meerschweinchen erzielte, sind brüsker und häufiger tödtlich, als die bei Cocainvergiftung beobachteten. Die toxische Wirkung auf das Herz tritt schon bei minimalen Dosen des Eucains hervor. Schliesslich steht auch die mit dem Eucain erzielte locale Anästhesie der Cocainanästhesie an Intensität und Dauer nach. PAUL RAUGÉ.

8) **S. G. Musgrave. Glyco-Thymolen zur Behandlung der Schleimhauterkrankungen. (Glyco-Thymolene in the treatment of diseases of the mucous membrane.)** *Denver Med. Times. Januar 1897.*

M. hält das Glycothymolen für ein zweckmässiges, allen Anforderungen entsprechendes Reinigungsmittel. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

9) **J. M. Ingersoll. Die Reinigung der Schleimhäute. (The cleansing of mucous membranes.)** *Cleveland Journal of Medicine. März 1897.*

Verf. benutzt eine 25proc. Lösung von Glycothymolen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

10) **G. B. Young. Therapeutisches über Glyco-Thymolen. (Therapeutic note on Glyco-Thymolene.)** *Memphis Med. Monthly. März 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

11) **X. Actol.** *Therap. Wochenschr. 1897. No. 7.*

Actol (Argentum lacticum) wird empfohlen als Gurgelwasser von bactericider Wirkung.

Rp. Argenti lactici 1,0,
Aquae destillatae 50,0,
Detur ad vitrum nigrum.
S. Aeusserlich. 1 Theelöffel voll auf 1 Glas Wasser. CHIARI.

12) **Alevoli. 50 klinische Beobachtungen über den therapeutischen Werth des Aristols.** *Wiener med. Blätter. 1897. No. 14.*

Unter Anderem wurde Aristol auch mit gutem Erfolge verwendet in Fällen

von atrophischer Rhinitis und bei trockener Laryngitis als secretionsbeförderndes Mittel.

CHIARI.

13) **Briquet** (Armentières). **Der Jodismus. (De l'iodisme.)** *Semaine médicale. 8. April 1897.*

Von Interesse für unsere Specialität ist aus dem Inhalt der vorliegenden Arbeit Folgendes:

Jodschnupfen, die häufigste der Jodaffectionen. Der nasale Ausfluss ist mehr schleimig, als eitrig, das Niesen ist nicht besonders häufig. Die Intensität des Schnupfens hängt von der Dosis des genommenen Jods und von der Art des Präparats ab. Das Jodnatrium ist nach dieser Richtung weniger wirksam (48 pCt. der Fälle); das schädlichste ist das Jodkali (66 pCt.).

Der Nasenfluss verbindet sich oft mit Ekzem der Oberlippe, mit Conjunctivitis und Nasenbluten (1—2 pCt. der Fälle).

Kehlkopferscheinungen. Dieselben beschränken sich meist auf geringe subjective Erscheinungen und Heiserkeit, können aber zu stridulöser Laryngitis und Glottisödem führen. Es sind einige letale Fälle bekannt. Da die Statistik zeigt, dass diese Erscheinungen sich häufig bei Kranken zeigen, die kleine Joddosen nehmen, hat man sich zu dem Schluss berechtigt geglaubt, dass die kleinen Dosen nach dieser Richtung hin gefährlicher sind als die grossen. Wahrscheinlicher aber ist, dass die betreffenden Kranken deshalb kleine Dosen bekamen, weil man ihre Intoleranz gegenüber dem Jod bereits kannte. Wegen dieser Intoleranz und nicht wegen der kleinen Dosen traten dann die Zufälle auf.

Die Joderscheinungen im Kehlkopf sind viel häufiger, wenn der Larynx bereits erkrankt ist.

Tracheo-Bronchitis. Das Jodkalium erzeugt bisweilen Husten (4 pCt. der Fälle), das Jodnatrium und -Strontium häufiger (6 pCt.), am häufigsten (7 pCt.) das Jodammonium. Es kommt dabei schleimige oder schleimig-eitrige Secretion vor, seltener leichte Hämoptysis, bisweilen auch Fieber und Allgemeinerkrankung (Fournier's Jodgrippe).

Stomatitis. Die Mundschleimhaut, Zunge und Zahnfleisch sind bisweilen roth und geschwollen; seltener sieht man Aphthen. Oft kommt Trockenheit des Mundes vor oder das Gegentheil, der Speichelfluss (8—14 pCt.); man fand die Speicheldrüsen geschwollen und entzündet. Selbst letal ausgehende Parotitis wurde beobachtet.

Pharyngitis. Trockenheit der Rachenschleimhaut ist die erste Erscheinung nach Jodresorption, bisweilen steigert sie sich bis zu wirklicher Angina. In manchen Fällen kommt eine brennende Empfindung im Oesophagus hinzu.

PAUL RAUGÉ.

14) **Jacob** (Berlin). **Ueber einen tödtlich verlaufenen Fall von Kali chloricum-Vergiftung.** *Berliner klin. Wochenschr. 1897. No. 27.*

Eine 39jährige Näherin nimmt, um sich zu vergiften, ca. 25 g Kalium chloric. Nach 30 Stunden wird sie comatös in die Charité gebracht. Campherinjectionen, Magenspülung, Venaesection (nur ca. 25 ccm schwarzen Blutes), Kochsalzlösunginfusion, Excitantien, Liq. Kalii acetic. und Natr. bicarbon. Besserung des Zu-

standes bis auf die hartnäckige Anurie und hinzutretende Schmerzen in den Hypochondrien. Am 6. Tage plötzlicher Collaps und Exitus. Die Blutuntersuchung hatte fortschreitende Destruction der Erythrocyten ergeben. — Verf. schliesst mit der Forderung, das Kal. chloric. weder intern noch als Gurgelwasser zu verordnen, besonders nicht in der Kinderpraxis. Das Mittel sollte nicht im Handverkauf und in Droguengeschäften überhaupt nicht zu haben sein.

ZARNIKO.

15) **Achille Bouyer. Behandlung chronischer Hals- und Kehlkopfaffectionen in Cauterets. (Traitement des affections chroniques de la gorge et du larynx à Cauterets.)** Paris. O. Doin édit. 1897.

Verf. schildert die Anwendungsweise der Schwefelquellen von Cauterets und ihre therapeutische Wirksamkeit bei den wesentlichsten Hals- und Kehlkopfaffectionen.

E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **J. Sendziak. Die Krankheiten der Nase und des Nasen-Rachen-Raumes. (Choroby nosa, jego zatok orar jamy noso gardzielowej.)** Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. Warschau. 1897.

Der fleissige Verf. hat sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, das erste systematische Handbuch der Rhinologie in der polnischen Sprache auszuarbeiten. Auf 266 Seiten legt er systematisch die Pathologie und Therapie der Nasenaffectionen dar, wie er in der Vorrede betont, auf Grund der neuesten Arbeiten wie der eigenen Erfahrung. Abgesehen von einigen Mängeln, wie z. B. dem gänzlichen Fehlen eines Kapitels über Scrophulose der Nase, der etwas chaotischen Darstellung der Frage der Reflexneurosen, der zu enthusiastischen Anschauungen vom Werth der sogen. Vibrations-Massage u. a. m., kann man im Grossen und Ganzen das Werk als gelungen betrachten und es als ein nützliches Handbuch für den praktischen Gebrauch der Aerzte empfehlen.

A. SOKOLOWSKI.

17) **R. Piaget. Die Vertheidigungsmittel der Nasenhöhle gegen die Invasion von Mikroben. (Les moyens de défense des fosses nasales contre l'invasion microbienne.)** *Annales des maladies de l'oreille. Februar 1897.*

Verf.'s Untersuchungen ergeben, dass die Nasenhöhlen, mit Ausnahme des Vestibulum nasi, normaler Weise beim Menschen und bei Thieren keimfrei sind. Diese Asepsis ist vor Allem in der baktericiden Wirkung des Nasenschleims begründet. Bringt man Nasenschleim mit verschiedenen Mikroben zusammen, so erkennt man eine absolute Bactericidie gegenüber dem Milzbrandbacillus, eine sehr ausgesprochene auch gegenüber Diphtheriebacillen. Allen anderen Keimen gegenüber, z. B. Streptococcen, Staphylococcen, Colibacillen u. a. ist der bactericide Einfluss wechselnd stark. Dies hängt mit dem gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer Arten zusammen.

A. CARTAZ.

18) **T. C. Christy. Ulceration am Nasenseptum. (Ulceration of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 2. Januar 1897.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

19) . . . **Erkrankungen der Nasenscheidewand in Farbenfabriken.** *Zeitschrift f. Gewerbe-Hyg. 1897. No. 2.*

Röthung, Schwellung und Lockerung der Nasenschleimhaut mit folgender Geschwürsbildung, meist beiderseitig mit baldiger Perforation. Weitere Zerstörungen der Nase wurden jedoch nicht beobachtet. CHIARI.

20) **Gouguenheim. Die heissen Abscesse der Nasenscheidewand. (Des abscès chauds de la cloison nasale.)** *Annales des malad. de l'or. etc. Januar 1897.*

G. berichtet über 7 Fälle von Nasenscheidewandabscess. Die Affection ist sehr selten und fast ausschliesslich traumatischen Ursprungs. Der Abscess sitzt im Allgemeinen an der vorderen unteren Partie des Septums; er ist infolge Bruchs des Knorpels manchmal beiderseitig und kann sich dann in beiden Nasenlöchern vorwölben. Nur ausnahmsweise sieht man ihn an den oberen Partien des Septums. Dass diese Abscesse, wenn sie traumatischen Ursprungs sind, gewöhnlich eine zweite Phase des Hämatoms darstellen, erkennt Verf. nicht an. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Nasenpolypen, das Hämatom, die Cyste, das Gumma und die Deviation der Nasenscheidewand. Die Behandlung besteht in der Eröffnung mit dem Messer. A. CARTAZ.

21) **E. J. Brown. Abscess der Nasenscheidewand (Abscess of the septum.)** *The Laryngoscope. März 1897.*

Frau von 23 Jahren. Abtragung einer Geschwulst vom knorpligen Septum mittels Säge; zwei Tage darnach beiderseits Stenose der Nasenpassage und ein Anfall von acuter folliculärer Mandelentzündung. Die Nasenstenose besserte sich nicht, bis nach zwei Wochen mit der Spritze Eiter abgezogen wurde. Darnach dauernde Besserung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

22) **C. H. Knight. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Der Abscess war die Folge eines beim Boxen erhaltenen Schlages auf die Nase. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

23) **E. C. Ellet. Zwei Fälle von Abscess der Nasenscheidewand. (Two cases of abscess of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Der eine Fall war durch Trauma verursacht, im anderen schloss sich der Abscess an einen Anfall von Gesichtserysipel an. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Friedheim** (Marienwerder). **Ueber Haematom und Perichondritis des Nasenseptums.** Dissertat. Berlin. 1897.

Fr. berichtet über 24 Fälle aus der B. Fränkel'schen Universitätspoliklinik, darunter 2 traumatische Hämatome und 18 traumatische Perichondritiden (2 ein-

seitig), 2 Perichondritiden des Septums luetischen Ursprungs, 5 Perichondritiden in Folge von Erysipel und 1 nach Zahncaries.

Bei den Hämatomen war einmal Incision nothwendig, das andere heilte ohne chirurgischen Eingriff. Bei den Perichondritiden wurde incidirt und mit Jodoformgaze tamponirt.

SEIFERT.

25) **Lacroix. Die spontane Rückbildung von Nasenscheidewandverbiegungen durch einfache Aufhebung der Verstopfung der entgegengesetzten Nasenseite. (Du redressement spontané des déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale opposée.)** *Arch. internation. de laryngol., d'otol. etc. No. 1. 1897.*

Kurzer Bericht über zwei einschlägige Beobachtungen.

E. J. MOURE.

26) **J. H. Mc Cassy. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Association. 23. Januar 1897.*

Ein paar Krankengeschichten; ohne besondere Bedeutung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **R. Botey** (Barcelona). **Behandlung der verticalen Deviation der knorpeligen Nasenscheidewand. (Tratamiento de la desviacion vertical del tabique cartilaginoso.)** *Gaz. de Med. Catal. No. 470. 1897.*

An der Hand von vier Fällen eigener Beobachtung beschreibt B. ein neues Verfahren betreffend die Behandlung der Abweichung der Nasenscheidewand, mit dem er die drei therapeutischen Indicationen: Verminderung des Längendurchmessers der Nasenscheidewand, ihre Geraderichtung sowie die Einstellung ihrer unteren Insertion in die Mittellinie erfüllt zu haben glaubte. Die neue Methode, deren Details im Original nachzulesen sind, hatte in den genannten Fällen einen ausgezeichneten Erfolg.

Autoreferat.

28) **E. W. Heitman. Die Verbiegung der knorpligen Nasenscheidewand und die geeignetsten Stützen nach der Incision. (Deviation of the cartilaginous nasal septum. What means of support after incision?)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Krankengeschichte eines Falles. Zur Stütze des Septums bevorzugt H. Vulcanit-Tuben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

29) **Lacoarret. Nasale Verstopfung durch eine Spina des Septums und knöcherne Hypertrophie der unteren Muschel. (Obstruction nasale par éperon de la cloison et hypertrophie osseuse du cornet inférieur.)** *Annales de la polyclinique de Toulouse. No. 1. 1897.*

Bericht über einen Fall von Verstopfung der Nase mit starker Deviation des Septums und Spina nach links, rechtsseitiger hypertrophischer Rhinitis, Kopfschmerzen, Ohrensausen etc. Heilung durch Cauterisation der rechten Nasenseite und Resection der Spina und der knöchernen Hypertrophie der unteren Muschel.

E. J. MOURE.

30) C. H. Knight. **Exostose der Nasenscheidewand als Ursache chronischer Nasenrachenentzündung. (Exostosis of the septum as a cause of chronic naso-pharyngitis.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Exostosen des Septums sind ein sehr gewöhnlicher ätiologischer Factor postnasaler Störungen. Die Verminderung des Luftdrucks hinter der stenosirten Stelle wirkt dabei vielleicht weniger mit als die Behinderung der nasalen Drainage. Alles über die Fläche des Septums Herausstehende, das der Athmung oder der Drainage ein Hinderniss bereitet, soll entfernt werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **Baurowicz. Der sogenannte blutende Polyp der Nasenscheidewand. (O t. zw. polipie krwawiacym przegrody nosowej.)** *Przeglad lekarski. No. 8, 9. 1897.*

Bei einer 38jährigen Frau bestand seit 5 Jahren öfters recidivirendes Nasenbluten, das besonders oft während der Gravidität auftrat.

B. fand am Naseneingang einen pendelartigen dunkelrothen Tumor von der Grösse einer Kirsche, welcher an dem unteren Theil des Septums seinen Ursprung hatte und fast völlig den Naseneingang verstopfte. Derselbe wurde mittels der kalten Schlinge entfernt und histologisch als Fibroma molle teleangiectodes erkannt.

SOKOLOWSKI.

32) **K. Ewald** (Wien). **Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichtes.** *Wiener klin. Rundschau. 1897. No. 15.*

In einem Falle handelte es sich um einen Tumor der Glabella, im zweiten um einen solchen der Nasenscheidewand. Beide Tumoren rechnet E. zu den angeborenen Endotheliomen und giebt genaue histologische Befunde.

CHIARI.

33) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Angioma cavernosum sarcomatoides der Nasenscheidewand. (Angioma cavernosum sarcomatoides of the septum nasi.)** *Australian Med. Gazette. 20. März 1897.*

H. publicirt den Fall als eine sehr seltene Form von blutendem Tumor der Nasenscheidewand. Die Geschwulst war haselnussgross und gestielt. Sie inserirte an der Cartilago triangularis. Die Abtragung war leicht. Die Geschwulst fand sich eingekapselt in einem Blutgerinnsel. Der Kern enthielt zahlreiche Gefässe mit sehr dünnen Wänden. Das Gewebe zeigte zahlreiche spindelförmige und Rundzellen, in weit grösserer Anzahl als man sie in normalem Bindegewebe sieht.

A. J. BRADY.

34) **Etienne Rollet** (Lyon). **Die Aetiologie der Knochenentzündungen der Orbita. (Etiologie des ostéites de l'orbite.)** *Lyon méd. 8. März 1897.*

Als ätiologische Factoren bei der Entstehung von Orbitalknochenerkrankung wurden in erster Linie Syphilis und Tuberculose angeführt; jene besonders den Orbitaltheil des Stirnbeins und den aufsteigenden Kieferast, diese mehr die Backenpartie der Orbita angreifend. Neben diesen specifischen Knochenentzündungen aber giebt es auch andere rein entzündlicher Natur, die durch Fortpflanzung von Eiterungen in den benachbarten Gesichtshöhlen zu Stande kommen. Alle Sinus-

eiterungen können auf die Orbita übergreifen und zwar tritt die Perforation von der Stirnhöhle aus am oberen inneren Winkel und an der oberen Wölbung auf, die Kieferhöhlenentzündung bricht am Orbitalboden, die Ethmoiditis an der inneren Wand durch. Selbst die Keilbeinhöhlenentzündung kann mit Nekrose des Keilbeins, Orbitalphlegmone und plötzlicher Erblindung endigen. Die Behandlung der Orbitalerkrankung muss natürlich auf ihren Ursprung zurückgehen.

PAUL RAUGÉ.

35) **Brunschvig. Phlegmone der Orbita im Anschluss an Kieferhöhlenentzündung. (Phlegmon orbitaire consecutif à une sinusite maxillaire.)** *Normandie médicale. 1896.*

Der Titel erklärt den Fall ausreichend. A. CARTAZ.

36) **Albert Boel** (Lyon). **Mucocele der Stirnhöhle mit Entwicklung nach der Orbita. (De la mucocele du sinus frontal à evolution orbitaire.)** *Thèse de Lyon. 1896.*

Die Affection steht dem Stirnhöhlenempyem sehr nahe. Durch Obliteration des Ductus fronto-nasalis sammelt sich das schleimige Secret in der Höhle an. Der steigende Druck lässt die schwächste Wand nachgeben und es bildet sich am oberen inneren Winkel der Orbita eine weiche fluctuirende Geschwulst. Die Differentialdiagnose muss Meningocele, Dermoid- oder Hydatidencysten, Angiome und Mucocele des Thränensacks in Betracht ziehen.

Die Behandlung besteht in Eröffnung des Tumors, dann in Trepanation der Stirnhöhle, Curettage und Drainirung nach der Nase. PAUL RAUGÉ

37) **G. Michel. Abscesse und Fisteln der Orbita im Verlaufe von Stirnhöhlenentzündung (Des abscès et fistules orbitaires dans le cours des sinusites frontales.)** *Thèse de Lyon. 1895.*

Die orbitalen Abscesse bilden eine häufige Complication der Stirnhöhlenentzündungen; sich selbst überlassen führen sie zu endlosen Fistelbildungen. Die Diagnose ist schwierig, wenn die Aetiologie unbekannt ist, wenn es sich um eine chronische und latente Nebenhöhlenentzündung ohne Ausfluss aus der Nase handelt. Man kann dann an eine orbitale Periostitis denken, an Phlegmone des Auges oder an Abscess des Thränensacks.

Was die Behandlung anlangt, so verwirft M. die Eingriffe von der Nase aus als gefährlich und unzureichend. Er empfiehlt die Trepanation des Stirnbeins mit Curettage und Drainage. Er berichtet über mehrere eigene Beobachtungen.

A. CARTAZ.

38) **R. Bois. Untersuchungen über die Fisteln der Stirnhöhle. (Etude sur les fistules du sinus frontal.)** *Thèse de Paris. 1896. Arch. gén. de Médecine. Juli-August 1896.*

Nach Verf.'s Untersuchungen sind diese Fisteln nicht sehr selten. Nach ihrer Aetiologie kann man sie eintheilen in traumatische, entzündliche in Folge von Sinusitis (die häufigsten) und secundäre nach einer Operation. Die Hartnäckigkeit dieser Fisteln beruht auf zwei Ursachen, der Rigidität der Wandungen

der Höhle, in die sie führen, und der Verstopfung der Ausführungswege durch die Nase.

Die Zeichen, welche erkennen lassen, dass die Fistel aus der Stirnhöhle kommt, haben nichts Charakteristisches. Der eitrige Ausfluss durch die Fistel und die Nase, das Entweichen von Luft durch die Fistel (nur in einem Fall) sind verdächtige Symptome, zu welchen die Catheterisirung zur Sicherung der Diagnose tritt. Die Behandlung ist eine operative. Die Höhle muss eröffnet und nach der Nase zu drainirt werden. Verf. hat 34 Fälle zusammengestellt. A. CARTAZ.

39) **Luc. Die Behandlung der chronischen eitrigen Stirnhöhlenentzündungen durch breite Eröffnung der vorderen Wand der Höhle und Drainage nach der Nase. (Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure du sinus et le drainage par la voie nasale.)** *Bullet. et Mém. de la Soc. franç. de laryngol. Paris. Rueff édit. 1896.*

Die Diagnose dieser Nebenhöhlenentzündungen wird durch den Nachweis von Eiter in der Höhe des Infundibulum und die mangelnde Transparenz bei der Diaphanoscopie gestellt.

Zwei Behandlungsmethoden sind möglich: Die Ausspülung von der natürlichen Oeffnung aus, die nur bei acuten Fällen und wenn die Höhle der Injection leicht zugänglich ist, gelingt, und die Eröffnung von aussen. Letztere Operation ist ganz gefahrlos, wenn man die getrennten Bedeckungen sofort wieder vereinigt. Nach Eröffnung der Aussenwand curettirt Verf. sorgfältig die Schleimhaut und stellt eine breite Communication mit der Nasenhöhle her. In diesem künstlichen Wege bleibt ein Drain. Ist der Ausfluss zur Nase auf diese Weise gesichert, so wird die Wunde sofort geschlossen. Der Drain wird nach 8—14 Tagen entfernt. Luc hat 5 Kranke in dieser Art mit Erfolg operirt. Ueber einen Fall berichtet er ausführlich. E. J. MOURE.

40) **R. Botey** (Barcelona). **Behandlung der chronischen Entzündungen des Sinus frontalis und der in ihrem Gefolge auftretenden intracranialen Läsionen. (Tratamiento de las sinusitis frontales crónicas y de sus lesiones intra-craneanas consecutivas.)** *Rev. d. Cienc. Medic. de Barcelona. No. 22/23. 1896.*

An der Hand zweier Fälle von Sinusitis frontalis, welche von ernsten cerebralen Complicationen gefolgt waren, stellt Verf. folgende Schlussfolgerungen auf: In den Fällen von Sinusitis frontalis mit absoluter oder fast absoluter Eiterretention muss so früh als möglich die Trepanation vom Stirnbein aus gemacht werden. Ist einmal der Sinus eröffnet und gereinigt, so kann man, sobald man zwischen diesem und dem mittleren Nasengang eine breite Verbindung hergestellt hat, die äussere Wunde schliessen. Wenn sich Cerebralsymptome zeigen, wie Somnolenz, Erbrechen etc., so ist eine Perforation der hinteren Sinuswand und das Eindringen von Eiter in die Hirnhöhle zu befürchten. In diesem Falle muss man so bald als möglich die hintere Wand des Sinus eröffnen, alle fungösen Massen der Dura mater entfernen und mit einem feinen Trocart die Hirnmasse untersuchen. Wenn man zur rechten Zeit eingreift, so findet man eine extradurale Eiteransamm-

lung vor, und der Process ist vollkommen heilbar; im entgegengesetzten Falle breitet er sich aus und der Kranke geht zu Grunde. Autoreferat.

41) **Foucher. Nekrose des Keilbeins. (Necrose du sphénoide.)** *Revue intern. de rhinol. No. 10. October 1896.*

Junges Mädchen, mit 15 Jahren syphilitisch inficirt und nicht behandelt; 4 Jahre später Nekrose der Nasenmuscheln und des Keilbeins. Die specifische Behandlung führte zur Ausstossung von Sequestern, hinderte aber den Fortschritt des Uebels nicht, das nach 7 Jahren zum Exitus führte. E. J. MOURE.

42) **M. Hajek** (Wien). **Ueber die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. IV. Heft 3. 1896.*

Verf. hat ein grösseres Material von hypertrophischen Muscheln (17 Fälle) und Polypen (12 Fälle) anatomisch genau untersucht. Er fand bei den Hypertrophien theils nur oberflächliche Entzündung, theils tiefergreifende Processe, die über die Drüsenschicht der Schleimhaut hinweg das Periost afficiren. Aus der Keimschicht des Periost dringt das entzündliche Infiltrat dann in die offenen Markräume des Knochens; dabei kommt theils eine Neubildung von Knochensubstanz, theils Knochenresorption zu Stande. Es kommen dabei Krankheitsbilder zur Beobachtung, wie sie Woakes als Ethmoiditis necrotica beschrieben hat, der Name jedoch ist falsch. Es handelt sich nicht um Nekrose, sondern um eine Ethmoiditis profunda, die zuweilen mit Hyperplasie, zuweilen mit Rarefication des Knochens (rareficirende Osteitis) einhergeht. Ganz dieselben Verhältnisse finden sich bei den Polypen. Diese sind ödematöse Schleimhauthypertrophien, bei welchen ebenso wie bei den festen Hypertrophien der Process entweder auf die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut beschränkt bleibt oder aber in die Tiefe greift und accessorische, secundäre Veränderungen, bestehend theils in Hyperplasie, theils in Resorption, am Knochen hervorruft. Neben der peripheren Entstehung der Polypen, die die Regel bildet, hält es Verf. übrigens für möglich, dass in einzelnen Fällen eine in der Tiefe des Markgewebes beginnende Entzündung gegen die Oberfläche fortschreitend dort zur Bildung von Polypen Anlass giebt. — Der Arbeit sind eine Reihe vorzüglicher Abbildungen beigegeben.

F. KLEMPERER.

43) **Lichtwitz. Complicationen der Empyeme der Nasennebenhöhlen. (Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. 1896.*

Die Complicationen bestehen in: Atrophie der Muschelschleimhaut, Rhinitis hypertrophica, Coryza caseosa, Schleimpolypen, Nasenrachenkatarrh, Tornwaldt'scher Krankheit, Abscesse der Gaumen- und Rachenmandeln, Retropharyngealabscess, Dacryocystitis, Exophthalmus, Atrophie der Sehnerven, eitrige Otitis, Kopfschmerz, Gesichtsneuralgie, Erysipel, Eczem des Naseneingangs, Erythem und flüchtiges Oedem des Gesichts, Kehlkopfkatarrh, Pseudo-Phimie, Störungen im Verdauungsapparat, Gefäss-, Herz- und Allgemein-Störungen etc.

E. J. MOURE.

44) **Krebs** (Hildesheim). **Bemerkungen zur Probepunction der Kieferhöhle und zu deren „seröser Erkrankung".** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. IV. Heft 3. 1896.*

Als Einstichstelle empfiehlt K. den mittleren Nasengang in der Nähe des natürlichen Ausführungsganges. Der negative Ausfall einer Probepunction ist ein vollgültiger Beweis für die Intactheit des Antrum. — Serösen Inhalt in der Highmorshöhle fand K. 2 mal. Derselbe machte keine Symptome und verschwand auch bald spontan. Die „seröse Erkrankung" rechtfertigt daher keine operative Behandlung.

F. KLEMPERER.

45) **Frank S. Milbury. Diagnostische Methoden für die Erkrankungen der Highmorshöhle und deren Behandlung. (Methods of diagnosticating diseases of the antrum and their treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Oct. 1896.*

Verf. legt auf die Durchleuchtung grossen Werth; ein breiter dreieckiger Lichtschein unter dem unteren Augenlid über der Highmorshöhle ist ein sicheres Zeichen eines gesunden Antrum.

Verf. eröffnet die Höhle von des Fossa canina aus. Er beschreibt die Technik seines Vorgehens bei der Operation und der Nachbehandlung ausführlich.

LEFFERTS.

46) **A. Combe. Kieferhöhlenentzündungen complicirt mit Tic douloureux; Heilung durch Trepanation und Resection der äusseren Wand. (Sinusites maxillaires compliqués de tic douloureux, guérison par la trépanation et la résection de la paroi externe.)** Congr. franç. de chir. 10. Session. Paris. October 1896.

C. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Form von Kieferhöhlenentzündung, die mit Neuralgien im Gebiet des Trigeminus complicirt ist und das Bild eines Tic nerveux vortäuscht. Bei dieser Form genügen die Eröffnung des Antrum, Entleerung des Eiters und Ausspülungen nicht, um die Schmerzausstrahlungen zu beruhigen. Man muss radicaler eingreifen und ein Stück des Alveolarknochens reseciren, wie es Jarre zur Heilung hartnäckiger Gesichtsneuralgien gethan hat. Verf. berichtet über 6 auf diese Art geheilte Fälle.

A. CARTAZ.

47) **E. J. Moure. Empyem der Kieferhöhle bei Kindern. (Empyème du sinus maxillaire chez les enfants.)** *Rev. hebd. de laryngolog., d'otol. et de rhinolog. No. 43. 24. October 1896.*

Die Fälle dieser Art, die bisher publicirt wurden, betrafen acute Empyeme mit äusseren Symptomen (Fälle von Rudeaux, von Greidenberg). Verf. beschäftigt sich besonders mit den latenten Empyemen, die man in der zweiten Kindheit beobachtet, im Alter über 7 Jahre, in der Zeit, in der die Kieferhöhlen im Gefolge der zweiten Zahnentwicklung sich sehr schnell ausbilden.

Bei manchen der kleinen Patienten beschränkt sich Verf. darauf, Nasendouchen und von Zeit zu Zeit Einstäubungen von Arg. nitr. zu verordnen. Bei denen, die polypoide Degeneration in der Gegend der mittleren Muschel und des Infundibulum erkennen lassen, eröffnet er den Sinus breit vom unteren Nasengang aus. Bei einigen ausgeprägteren Fällen musste er sich zur Extraction eines ge-

sunden Backzahns und zur Eröffnung des Antrum von der Alveole aus entschliessen. Verf. berichtet über den Fall eines 11jährigen Mädchens mit rechtsseitigem Kieferhöhlenempyem; die Diaphanoskopie ergab kein Resultat.

Am Schluss stellt Verf. die klinischen, anatomischen und operativen Besonderheiten zusammen, welche die Empyeme der Highmorshöhle bei Kindern gegenüber den der Erwachsenen oufweisen.

BRINDEL.

48) **Royet** (Lyon). **Zwei Fälle von Empyem der Kieferhöhle ausgehend und unterhalten wahrscheinlich durch Zahnsequester. (Deux cas d'empyème du sinus maxillaire déterminés probablement et entretenus par des sequestres dentaires.)** *Province médicale. 3. October 1896.*

Im ersten Falle wurde die Kieferhöhleneiterung unterhalten durch das Vorhandensein eines frei gewordenen Stücks von der Wurzel eines Eckzahns in der Highmorshöhle. Die Heilung erfolgte sofort nach der spontanen Ausstossung dieses Sequesters durch die Nase. Im zweiten Falle war es ebenfalls die Wurzel der Canina, die als Ursache der Eiterung anzusehen war; nur steckte diese Wurzel noch in ihrer Alveole und ragte nur in das Antrum hinein. Die beiden Fälle sind um so ungewöhnlicher, als gewöhnlich die Alveole des Eckzahns in gar keiner Beziehung zum Antrum steht.

PAUL RAUGÉ.

49) **Ripault. Die Behandlung des Kieferhöhlenempyems durch breite Eröffnung. (Le traitement des empyèmes du sinus maxillaire par l'ouverture large.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 11. November 1896.*

Für diese Behandlung eignen sich die acuten phlegmonösen Fälle und die alten, die durch die Eröffnung von der Alveole aus und durch Ausspülungen nicht geheilt sind. Verf. operirt mit dem Messer unter Chloroform; er kratzt aus, ätzt dann mit Chlorzink und tamponirt. Von 6 Fällen heilte er 3. Ueber die Dauer der Behandlung und über andere Einzelheiten ist nichts mitgetheilt.

E. J. MOURE.

50) **Saint-Hilaire. Molarzahn in der Kieferhöhle. Demonstration der anatomischen Präparate. (Grosse molaire logée dans le sinus maxillaire. Présentation de pièces anatomiques.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 6. 1896.*

Befund bei einer Section. Die Wurzeln des Zahnes ragten in die Höhle hinein, seine Krone ruhte auf der unteren Wand. Verf. glaubt, dass eine Entwicklungsanomalie des Weisheitszahns vorlag.

E. J. MOURE.

51) **Gaillard. Prothese für die Kieferhöhle. (Appareil de prothèse pour le sinus maxillaire.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 39. 26. September 1896.*

Der Apparat besteht aus einer Tube mit einem Mandrin. Die Tube, die man in die Alveolaröffnung einführt, wird durch eine Platte am Kiefer festgehalten.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

52) **F. Bloch** (Prag). **Ueber extragenitale Syphilisinfection.** *Archiv f. Dermat. u. Syph. 1897. Bd. 39. H. 1. S. 65.*

Verf. beschreibt u. a.

14 Fälle	von	Primäraffect	an	der	Oberlippe	
31 „	„	„	„	„	Unterlippe	
5 „	„	„	„	den	Mundwinkeln	
3 „	„	„	„	„	Tonsillen	
2 „	„	„	„	der	Zungenspitze	
1 Fall	„	„	„	den	Nasenflügeln.	CHIARI.

53) **Thibierge. Miliartuberkulose der Wange und der Lippen. (Tuberculose miliaire de la joue et des lèvres.)** *Société de dermatologie et de syphiligraphie. 11. März 1896.*

Der Kranke ist seit 8 Monaten an Tuberkulose der Lungen erkrankt und zeigt seit derselben Zeit breite Schwellungen der Mundschleimhaut, die nicht ulcerirt und mit kleinen weisslichen tuberkulösen Granulationen durchsetzt sind. Die Halsdrüsen sind beiderseits afficirt.

PAUL RAUGÉ.

54) **Béclère. Schanker des Zahnfleisches. (Chancre des gencives.)** *Soc. franç. de dermatologie et syphiligraphie. 26. April 1897.*

Verf. berichtet über eine sehr seltene Localisation des Primäraffects, nämlich am hinteren Zahnfleisch.

PAUL RAUGÉ.

55) **Jonathan Hutchinson** (London). **Auszüge aus Vorlesungen. (Selected extracts from lectures.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1897.*

Ein Fall von Hypertrophie des Zahnfleisches bei Zwergwuchs wird beschrieben und der üble Einfluss des in der Kindheit gereichten Quecksilbers auf die bleibenden Zähne erörtert.

P. MC. BRIDE.

56) **Wolff. Angeborene Kleinheit des Unterkiefers mit Kiefersperre.** *Münchner med. Wochenschr. No. 10. 1897.*

Vorstellung eines 20jährigen Kranken in der Berl. med. Gesellschaft, der aus kosmetischen Rücksichten und wegen Ernährungsstörungen operirt werden soll.

SCHECH.

57) **J. Witzel** (Marburg). **Ueber Zahnwurzelcysten.** *Wiener medicin. Blätter. 1897. No. 13.*

Entstehung, Ursachen und Behandlung.

CHIARI.

58) **Kronfeld** (Wien). **Ein Fall von submucöser und subcutaner Blutung nach Extraction eines oberen Mahlzahnes.** *Wiener medicin. Wochenschrift. 1897. No. 16.*

Mehr von zahnärztlichem Interesse.

CHIARI.

59) **v. Hacker** (Innsbruck). **Ueber Aktinomykose.** Vortrag, gehalten in der wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck am 27. November 1896. *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1897.*

Demonstration eines Patienten, bei dem die Erkrankung unter dem Bilde einer Halsphlegmone begann, in deren Verlauf wegen hochgradiger Suffocationsgefahr tracheotomirt wurde. Verabreichung von Jodnatrium in grösseren Dosen. Nach 4 Monaten noch kleine Infiltration in der Tiefe des linken Sternocleidomastoideus tastbar. Hacker rühmt die Wirkung des Jodnatriums bei Aktinomykose in den dem Messer nicht zugänglichen Fällen. CHIARI.

60) **A. Eliasson** (Schweden). **Ueber Actinomycosis beim Menschen. (Om aktinomykos hos Menniskan.)** *Hygiea. 1896. S. 337.*

Verf. hat seit 1883 im ganzen 33 Fälle von Aktinomykosis behandelt. Von diesen sind 22 poliklinisch, 11 in Spitalpraxis beobachtet. Nur die letzteren Fälle werden ausführlich mitgetheilt. Die Diagnose wurde stets mittelst der bakteriologisch-mikroskopischen Untersuchung festgestellt. Die meisten Fälle sind in der nächsten Nachbarschaft des Mundes und der Zähne entwickelt.

Verf. discutirt schliesslich die Frage des Infectionsweges ohne zu einem bestimmten Resultate in dieser Beziehung zu gelangen. SCHMIEGELOW.

61) **Störk** (Wien). **Ein Fall von Aktinomykose.** Sitzungsbericht d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, 19. Februar 1897. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1897. No. 8.*

16jähriger Knabe. Die Haut vom linken Unterkieferrande bis zum Sternum knorpelhart wie bei Angina Ludovici infiltrirt. Infectionsstelle unbekannt. Jodkali.

CHIARI.

62) **Spiegler** (Wien). **Ein Fall von Aktinomykose.** Sitzungsbericht d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, 19. Februar 1897. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1897. No. 8.*

24jährige Frau. Actinomycose in der Gegend des rechten Kieferwinkels. Derb infiltrirt. Infectionsstelle unbekannt. CHIARI.

63) **Leopold** (Hamburg). **Missbildungen und Stellungsanomalien des Zäpfchens.** Dissert. Rostock. 1897.

Die sehr fleissigen Untersuchungen wurden an 1686 Soldaten, an 150 poliklinischen Kranken und an 221 geistesgestörten Individuen angestellt. Als häufigste Missbildung fand L. die Uvula bifida, während er nur einen Fall mit gänzlichem Fehlen der Uvula (bei einem Soldaten) beobachtete. Die grösste Zahl der Stellungsanomalien der Uvula fiel der Vergrösserung der einen Tonsille zur Last. Im Gegensatz zu den von Dana aus seinen Untersuchungsergebnissen gezogenen Schlüssen, kommt L. auf Grund seiner eigenen an den 221 geistesgestörten Individuen gemachten Beobachtungen zu dem Ergebniss, dass die Stellungsanomalie der Uvula nicht für ein pathognomonisches Zeichen des Irreseins gehalten werden darf, d. h. kein Stigma degenerationis darstellt. SEIFERT.

64) **Gruier. Ein Fall von erworbener Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Un cas de perforation acquise du pilier antérieur.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 2. Februar 1897.*

Verf. beschreibt einen Mann, der, ohne davon zu wissen, im linken vorderen Gaumenbogen eine breite Perforation mit normal aussehenden Rändern hatte. Die histologische Untersuchung eines aus dem Rande entnommenen Stückes erwies das Vorhandensein von Narbengewebe; also handelte es sich um eine erworbene, nicht um eine congenitale Affection.

E. J. MOURE.

65) **Le Dentu** (Paris). **Behandlung der Substanzverluste des Gaumens. (Traitement des pertes de substances du palais.)** *Académie de Médecine. 9. März 1897.*

Verf. berichtet über die Operationsresultate bei 36 Fällen von erworbener oder angeborener Spaltung des Gaumensegels und des knöchernen Gaumens. Er erhielt 31 vollständige Erfolge, 3 theilweise und 2 vollständige Misserfolge. Die 36 Fälle vertheilen sich folgendermassen:

11 Fälle von erworbener Fistel, operativen oder pathologischen Ursprungs, mit 8 vollständigen Heilungen, 1 partiellem und 2 vollständigen Misserfolgen.

25 angeborene Gaumenspalten, davon 10 ohne Hasenscharte (10 Heilungen) und 15 mit einfacher oder doppelter Lippenspalte (13 Heilungen; 2 unvollständige Erfolge mit Zurückbleiben einer kleinen Fistel).

PAUL RAUGÉ.

66) **Delorme** (Paris). **Autoplastik des Gaumens. (Autoplastic de la voûte palatine.)** *Société de chirurgie. 31. März 1897.*

Es handelte sich um eine syphilitische Perforation an der vorderen seitlichen Partie des Gaumens. Der Lappen zur Deckung des Defectes wurde aus der Innenfläche der Wange und von der Oberlippe genommen. Das Resultat war vortrefflich.

PAUL RAUGÉ.

67) **H. Courtade. Fibromyxom der oberen Fläche des Gaumensegels. Bildung einer seitlichen kalten Schlinge. (Fibro-myxome de la face supérieure du voile du palais. Formation de l'anse froide latérale.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 5. Mai 1897.*

Der Tumor wurde bei einer Kranken, der schon zahlreiche Schleimpolypen entfernt worden waren, bei der Nasenuntersuchung von vorn wahrgenommen. Die Rhinoscopia posterior liess die Pat. durchaus nicht vornehmen. Infolgedessen musste Verf. den Tumor mittelst der durch die rechte Nasenseite eingeführten kalten Schlinge entfernen. Verf. bespricht die verschiedenen Krümmungen und Neigungen, die man in derartigen Fällen dem Schlingenschnürer geben muss.

E. J. MOURE.

68) **Liaras. Epitheliom des Zäpfchens und Gaumensegels. (Epithelioma de la luette et du voile du palais.)** *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Journal de Médecine de Bordeaux. No. 1. Januar 1897.*

Der Fall wurde auf der Moure'schen Klinik beobachtet. Der Kranke hatte weder Drüsenschwellungen, noch erhebliche Schluckbeschwerden oder Störungen

der Phonation. Das Gaumensegel war gut beweglich, der Athem leicht foetide. Die Geschwulst, die mit dem Galvanocauter entfernt wurde, charakterisirte sich bei der histologischen Untersuchung als ein gelapptes Pflasterzellen-Epitheliom.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

69) **L. Cobbett** und **G. Philipps. Der Pseudodiphtheriebacillus. (The pseudo-diphtheria bacillus.)** *Journal of Pathology. December 1896.*

Interessante Angaben über die differentielle Diagnostik der verschiedenen Arten von sogenannten Diphtheriebacillen. Verf. unterscheidet zwei Arten von Pseudodiphtheriebacillen, deren Aussehen und Charakter er beschreibt.

ADOLPH BRONNER.

70) **E. Peters. Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen. (Diphtheria and pseudo-diphtheria bacilli.)** *Journal of Pathology. December 1896.*

Verf. kommt nach morphologischer und cultureller Prüfung einer grossen Anzahl von Diphtheriebakterien zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt zwei morphologische Species von pathologischen Diphtheriebacillen:

a) den langen Klebs-Loeffler'schen Bacillus,
b) den kurzen Diphtheriebacillus.

Der letztere findet sich in leichten Fällen.

2. Beide Species sind virulent, wenn sie aus dem Halse gezüchtet werden; der kurze Bacillus aber verliert bald seine Virulenz.

3. Der Hoffmann'sche Bacillus ist dem Diphtheriebacillus ähnlich, bildet aber eine besondere Species.

ADOLPH BRONNER.

71) **Gordon Sharp. Ist der membranöse Croup immer durch den Diphtheriebacillus verursacht? (Is membranous croup always due to the microbe of diphtheria?)** *Edinburgh Med. Journal. December 1896.*

Des Verf.'s eigene Erfahrungen sprechen für den diphtheritischen Ursprung des membranösen Kehlkopfcroups.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

72) **Variot** (Paris). **Gutartige Diphtheritis mit Mischinfection. (Diphthérie benigne avec associations microbiennes.)** *Société méd. des hôpitaux. 4. December 1896.*

Verf. berichtet über einen Fall von pseudomembranöser Angina mit klinisch durchaus gutartigem Verlauf, bei dem die culturelle Untersuchung dennoch Streptococcen neben Diphtheriebacillen nachwies. Verf. schliesst daraus, dass der bakterielle Nachweis einer Mischinfection noch keineswegs den Beweis liefert für die Schwere der Angina. Was vielmehr wesentlich ist, das ist der Grad der Virulenz der betreffenden Microben.

In der sich anschliessenden Discussion vertheidigen Barbier, Sevestre und Chantemesse die klinische Bedeutung der bakteriellen Diagnose.

PAUL RAUGÉ.

73) **J. Nicolas. Abschwächung des Löffler'schen Bacillus durch die Agglutination mittelst des Diphtherieserums. (Atténuation du bacille de Loeffler ayant subi la réaction agglutinante par l'action du serum antidiphthérique.)** *Soc. de Biologie. 5. December 1896.*

In Fortsetzung seiner früheren Mittheilungen (Soc. de Biologie, 25. Juli 96., Province médicale, 12. Sept. 96.) über die Agglutination von Diphtheriebacillenculturen durch Zusatz von Diphtherieserum berichtet N., dass mit der Agglutination zugleich eine wesentliche Virulenzabnahme verbunden ist.

PAUL RAUGÉ.

74) **Haushalter. Die Serumanwendung bei der Behandlung von Diphtherie und Tetanus. (The application of the serums to the treatment of diphtheria and tetanus).**

Verf. stellt die bisherigen Erfahrungen mit dem Serum zusammen. Bei Diphtherie wurde allgemein ein Heruntergehen der Mortalitätsziffer constatirt, Croup ist seltener geworden, Heilungen nach der Tracheotomie und Intubation viel häufiger. Bei Tetanus kann das Serum praeventiv wirken; eine Heilwirkung bei ausgebrochenem Tetanus ist nicht beobachtet worden.

Verf. studirt die Wirkungsweise des normalen und Pferdeserums und sucht den Heileffect der specifischen antitoxischen Sera zu erklärrn. LEFFERTS.

75) **Dennig** (Tübingen). **Beitrag zur Kenntniss der Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1897.*

Nicht nur die Mortalität, sondern auch die Infectionsfähigkeit ist in den einzelnen Epidemien sehr verschieden, wie Verf. an zwei genau beobachteten Epidemien nachweist. Es besteht offenbar auch eine gewisse zeitliche Disposition; man muss deshalb bei der Beurtheilung der Immunisirungsversuche mit Serum sehr vorsichtig sein; auch dauert der Schutz nach der Impfung höchstens vier Wochen, weshalb in Wohnhäusern nicht jeder Fall prophylactisch zu injiciren ist.

SCHECH.

76) **A. Gottstein. Zur Kritik der Diphtherieserumbehandlung.** *München. med. Wochenschr. No. 7. 1897.*

G. meint, die Schwere der Epidemien habe abgenommen, das Serum sei nicht an der verminderten Sterblichkeit Schuld. SCHECH.

77) **Baader** (Esslingen). **Bericht über weitere 17 Fälle von Diphtherie, die im neuen Krankenhause in Esslingen zur Tracheotomie kamen.** *Medic. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 20. 1897.*

In diesen 17 Fällen beschränkte sich die Behandlung (ausser der Tracheotomie) auf die Einspritzung von Behring's Heilserum und Anwendung des Dampfsprays. Von diesen Patienten starben 6 = 35,3 pCt. Mortalität. Gaumenlähmung

trat bei 3 Fällen auf. Die Mehrzahl der Patienten waren verwahrloste, scrophulöse Kinder.

SEIFERT.

78) **Zuppinger** (Kronprinz Rudolf-Spital, Wien). **Unsere Erfahrungen in der Serumtherapie bei Diphtheritis im Jahre 1896.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1897. No. 10.*

Von 166 diphtheriekranken Kindern des Jahres 1896 wurden 82 pCt. geheilt entlassen, 18 pCt. starben. Von letzteren sind einige in moribundem Zustande aufgenommen worden; ein an Diphtherie erkranktes Kind war hochgradig tuberculös und endlich starb eins an Scharlachpneumonie — eigentlich eine Mortalität von 12 pCt. gegen die Mortalität des Vorjahres mit 16 pCt. Es wurde ausschliesslich Wiener Serum angewandt. Die Patienten bekamen 1000—5000 Antitoxineinheiten in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme, nachträgliche Injectionen wurden selten verabreicht. Ernste Schädigungen des Organismus infolge der Injectionen wurden nicht beobachtet.

I. Rachendiphtheritis 91 Fälle, hiervon

83 fibrinöse Formen,		
7 phlegmonöse „		† 5
1 septische „		

Bezüglich dieser Fälle macht Verfasser auf den grossen Werth der Antitoxinbehandlung aufmerksam, indem die Diphtherie in diesen Fällen localisirt blieb.

II. Nasen-Rachendiphtheritis 24 Fälle, hiervon

13 fibrinöse Formen,	
9 phlegmonöse „	† 9
2 septische „	

III. Rachen-Kehlkopf- resp. Rachen-Nasen-Kehlkopfdiphtheritis 48 Fälle, hiervon

43 fibrinöse Formen,	† 16
5 phlegmonöse „	

IV. Primäre Nasendiphtheritis 3 Fälle . . . † 0.

Die fibrinöse	Form zeigten	141	Kinder	(10 pCt. Mortalität),	
„ phlegmonöse	„ „	22	„	(54 pCt. „),	meist infolge Herzdegeneration,
„ septische	„ „	3	„	, die alle mit Tod abgingen.	

Schliesslich beschreibt Verf. die Mortalitätstabelle in Bezug auf das Alter der Patienten in den einzelnen Krankheitsgruppen und spricht sich auch günstig aus über seine Immunisirungsversuche.

CHIARI.

79) **Ganghofner** (Prag). **Erfahrungen mit dem Behring'schen Heilserum.** Aus dem Berichte des Prager Kais. Franz Jos.-Kind.-Spit. f. d. J. 1896. — *Prager med. Wochenschr. 1897. No. 12.*

Bericht über 628 Diphtheriefälle, welche mit Behring's Serum behandelt wurden. Während der $2^1/_2$ Jahre consequenter Serumbehandlung ist die Mortalität auf etwa ein Drittel gesunken. Nebenwirkungen sehr selten. In 19 pCt. erheb-

lichere Albuminurie. Schliesslich eine Tabelle über die Mortalitätsverhältnisse in den einzelnen Altersklassen. CHIARI.

80) **R. Dallmayer** (Serbien). **Beitrag zur Behandlung der diphtheritischen Halserkrankungen mit Behring'schem Heilserum.** *Wiener medicin. Wochenschrift. 1897. No. 12.*

58 Fälle von Diphtherie (Löffler'sche Bacillen?). 50 Fälle heilten ohne Serum, in 8 Fällen wurde Serum angewandt (Mortalität 75 pCt.) Verf. hat also schlechte Erfolge mit der Serumtherapie. CHIARI.

81) **G. Békésy. Die Resultate der Serumbehandlung bei der Diphtherie in Ungarn.** *Wien. klin. Rundschau. 1897. No. 16, 17.*

Bericht über ca. 900 Fälle. Keine günstigen Erfolge, dagegen erkrankten nur 8 von 344 präventiv Geimpften an Diphtherie. Die Impfungen wurden mit dem verschiedensten Serum (von Behring, Paltauf u. a.) mit gleichen Erfolgen vorgenommen. CHIARI.

82) **F. P. A. Muijsken** (Baarn). **Serum-Therapie gegen Diphtherie. (Serumtherapie tegen diphtherie.)** Dissert. Utrecht. 1896.

Das Material umfasst die vom 1. Mai 1895 bis 21. October 1896 im Utrechter Krankenhaus mittelst Serum (Spronck-Wirtz) behandelten 133 Diphtherie-Patienten. Von den Resultaten des mit grösster Sorgfalt und Gründlichkeit bearbeiteten Werkes seien hier nur folgende Zahlen erwähnt: Die Mortalität der behandelten Patienten war 14, i. e. 10,5 pCt.! Bei 16,3 pCt. der Fälle waren die Membranen innerhalb 2 Tagen verschwunden, bei 39,8 pCt. nach 3 Tagen, bei 36,7 pCt. nach 4—5 Tagen, bei 7,2 pCt. nach 6—8 Tagen (bei einem Patienten erst nach 10 Tagen). Schädliche Folgen der Einspritzung auf die Nieren wurden nicht beobachtet. Albuminurie wurde 40mal (30,1 pCt.) constatirt, von welchen 3mal nur vor der Einspritzung, 5mal erst nach derselben; gewöhnlich dauerte dieselbe nur wenige Tage. Bacteriologisch wurden 116 Fälle untersucht; Diphtherie-Bacillen 113mal (97,4 pCt.) gefunden. Die Tracheotomie wurde 14mal gemacht, mit einer Mortalitätsziffer von 8; die Intubation 21mal, mit 3 Todesfällen. Exanthem wurde in 19,5 pCt., Gelenkaffectionen 2mal, Oedema faciei 1mal beobachtet. In der kurzen Frist von Mai 1895 bis Februar 1896 wurde ein Patient 3mal wegen bacteriologisch controlirter Diphtherie mit Serum behandelt.

Es kommen in dem Werke mehrere bacteriologische Fragen in Bezug auf Diphtherie- und Pseudodiphtherie-Bacillen zur Discussion, die von Interessenten im Original nachgesehen werden müssen. H. BURGER.

83) **C. C. Fite. Das Antidiphtherie- und das Antistreptococcen-Serum. Ihre Natur, ihre Gewinnung und ihre Anwendung beim Kranken. (Anti-diphtheritic and anti-streptococcic serums. Their nature, method of production and application for the relief of disease.)** *Maryland Medical Journal. 19. December 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

84) **Dupuy. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Medical News. 21. November 1896.*

Bericht über die in Saint-Denis vom Verf. behandelten Fälle. Die Mortalität betrug 15 pCt. gegenüber 66 pCt. der früheren Jahre. LEFFERTS.

85) **Redact. Notiz. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Medical News. 28. November 1896.*

Uebersicht über die Berichte deutschèr medicinischer Blätter (Münch. Med. Woch. 1896. No. 29). LEFFERTS.

86) **Hermann M. Biggs** und **Arthur R. Guerard. Die Serumtherapie bei Diphtheritis unter der Aufsicht des New York City Health Department; mit einer Uebersicht über die bisher publicirten Berichte. (The use of antitoxic serum in the treatment of diphtheria under the supervision of the New York City Health Department, with a resume of the published reports on this subject.)** *Medical News. 12., 19. u. 26. December 1896.*

Die Ueberschrift sagt genügend über den Inhalt des Artikels. LEFFERTS.

87) **Redact. Notiz. Das Diphtherieserum. Enquete der Medical News. (Diphtheria-antitoxin. Investigation by the Medical News.)** *Medical News. 19. December 1896.*

Aus rein wissenschaftlichen Interessen haben die Medical News in den letzten Monaten eine Umfrage gehalten über die Qualität des Serums, das den Aerzten in den verschiedenen Theilen des Landes geliefert wird. Sie berichten über die Ergebnisse ihrer Sammelforschung. LEFFERTS.

88) **W. A. Walker. Die moderne Behandlung der Diphtherie in der Privatpraxis. (The modern treatment of diphtheria in private practice.)** *N. Y. Med. Journal. 28. November 1896.*

Verf. hat in seiner Praxis mit dem Serum gleichmässig gute Erfolge erzielt. Er erwartet, dass der Arzt, der die Kranken innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ausbruch der Erkrankung sieht und behandelt, keinen Fall mehr verlieren wird. Nach seiner Meinung haben die Autoren, die das Serum verurtheilen, nur auf die Spitalpraxis ihr Urtheil gegründet oder das Serum zu spät oder schlechtes Serum angewendet.

Neben dem Serum beschränkt sich W. auf die symptomatische Behandlung. Er giebt bei belegter Zunge, wenn Zeichen vorliegen, dass im Darm giftige Secrete zur Resorption kommen, Calomel, bei alten Fällen und toxischen Symptomen Alkohol. Die Ernährung ist eine vorwiegend flüssige, in erster Reihe steht die Milch. LEFFERTS.

89) **Louis Fischer. Die Behandlung der Diphtheritis. Eine Uebersicht über die modernen Behandlungsmethoden, die in Berlin im Sommer 1896 zur Anwendung kamen. (The treatment of diphtheria. An inquiry into modern methods employed at Berlin in the summer of 1896.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1896.*

Der Titel erklärt den Inhalt des sehr eingehenden Artikels. LEFFERTS.

90) **W. M. Cato. Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Charlotte Med. Journal. December 1896.*

Verf. hat 103 Fälle mit Serum behandelt; es starben 6. Von denen, die das Serum innerhalb der ersten 48 Stunden der Erkrankung injicirt bekamen, starb Keiner.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) **Wm. C. Stevens. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Physician and Surgeon. December 1896.*

Nach St.'s Erfahrungen drückt das Serum die Temperatur und den Puls herunter und kürzt die Krankheit mindestens auf die Hälfte ihrer Dauer ab. Die Bildung der Membranen wird aufgehalten, ihre Ablösung beschleunigt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **S. J. Bassford. Diphtherieserum. (Antitoxin.)** *Atlantic Medical Weekly 26. December 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **Redact. Notiz. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *Canadian Med. Review. December 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

94) **E. W. Goodall. Drei Fälle von Diphtherie bei Nephritiskranken mit Serum behandelt. (Three cases of diphtheria, occurring in patients, the subjects of nephritis, treated with antitoxin.)** *Lancet. 21. November 1896.*

In Fall 1 und 2 trat bei Scharlachkranken mit Diphtherie Nephritis ein. Das Serum verschlechterte die letztere nicht nur nicht, sondern die Nephritis wandte sich nach der Injection schneller als sonst zur Besserung. In Fall 3 war das Albumen bereits verschwunden, als die Diphtherie in die Erscheinung trat. Nach der Seruminjection recidivirte die Nephritis. Später Ausgang in Heilung.

ADOLPH BRONNER.

95) **H. A. Wickers. Die Lokalbehandlung der Diphtherie mit unterschwefligsaurem Natrium. (The local treatment of diphtheria with sodium hyposulphite.)** *N. Y. Med. Journal. 28. November 1896.*

W. empfiehlt das Mittel als Adjuvans neben der Allgemeinbehandlung. Er applicirt eine gesättigte Lösung — ana mit Glycerin gemischt — 1 oder 2 mal täglich auf die erkrankten Theile.

LEFFERTS.

96) **Lueddeckens** (Liegnitz). **Ueber Hydrargyrum cyanatum bei Diphtherie.** *Therap. Monatsh. November 1896.*

Empfehlung der inneren Darreichung dieses Präparats, Abkratzen der Beläge mit nachfolgender Application des Liq. ferri sesquichlor.

A. ROSENBERG.

97) **R. Aberdein. Die Bromide als Mittel gegen Diphtherie. (The bromides as a cure in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 5. December 1896.*

Verf. ist durch eine zufällige Beobachtung gelegentlich einer Diphtheritis-

epidemie zur Anwendung dieses Mittels gekommen; er spricht nach seinen Erfahrungen an 38 Fällen (2 Todesfälle) mit grösstem Vertrauen von dessen Werth.

LEFFERTS.

98) **C. H. Chapman. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Notes on treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 19. December 1896.*

(Nach einem auf dem 18. Congress der Americ. Laryngolog. Association gehaltenen Vortrage.) Verf. empfiehlt den Gebrauch des Quecksilbers. Von allen Präparaten desselben erwies sich ihm das Protojodid als das Wirksamste. Er benutzt eine Lösung von 0,06 auf 180 Aqua sterilisata. Diese führt er auf 3 Wegen ein — als subcutane Injection in das submucöse Gewebe um die Exsudation herum; zweitens mittelst tiefer Injectionen in die Tonsillen und drittens als Rachen- und Kehlkopfspray. Von der Lösung werden 3,75 2 oder 3 mal pro die injicirt; in den Zwischenzeiten wird der Spray benutzt. LEFFERTS.

99) **A Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Die Intubation als Ersatz für die Tracheotomie bei der acuten Kehlkopfstenose der Kinder. (Intubation as a substitute for tracheotomy in acute laryngeal stenosis in children.)** *Intercolon. Med. Journ. of Australia. 20. December 1896.*

Seit 1892 hat die Intubation die Tracheotomie in der Behandlung der acuten Kehlkopfstenose, diphtheritischen wie catarrhalischen Ursprungs, im Kinderkrankenhause von Brisbane verdrängt. Die Intubation ist für die Hospitalbehandlung weit mehr geeignet, als für die Privatpraxis. Vor der Serumperiode ergab die Tracheotomie eine Mortalität von 68,9 pCt., die Intubation 57,3 pCt. Seither ist die Mortalität der Intubationsfälle auf 33,3 pCt. gesunken. A. J. BRADY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **T. Heryng. Ueber Autoskopie des Kehlkopfs und der Trachea. (Autoskopia krtani i tchawicy.)** *Medycyna. No. 11, 12, 13. 1897.*

Nachdem Verf. eingehend die neue Methode auseinandergesetzt hat, giebt er seiner Meinung dahin Ausdruck, dass dieselbe in vielen Fällen in diagnostischer und auch in therapeutischer Hinsicht gute Dienste leisten kann; als Beweis dafür beschreibt er zwei von ihm unter Anwendung des Autoskops operirte Fälle (Abtragung der tuberculös entarteten Epiglottis und galvanokaustische Cauterisation einer tief im Rachen liegenden Fistel). SOKOLOWSKI.

101) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Ueber Autoskopie. (Om Autoskopi.)** *Hospitals-Tidende. 21. April 1897.*

Der Verf. hat die Methode in der Kopenhagener Poliklinik bei 150 Patienten verschiedener Altersklassen versucht. Er benutzt einen rechtwinkelig gebogenen Spatel, dessen Blätter c. 14 cm lang sind. Derselbe ist rinnenförmig gebildet und sein Ende leicht hakenförmig gekrümmt wie bei dem Kirstein'schen Spatel. Dieses Instrument dient sowohl als prä- und intralaryngealer Spatel und als ge-

wöhnlicher Zungendepressor. Seit 1895 hat Verf. seine Untersuchungen mit diesem Instrumente angestellt. Er hat Gaslicht als Lichtquelle gebraucht. Die Reflexerregbarkeit ist in ungefähr der Hälfte der Fälle gleich Null gewesen. -- In circa 74 pCt. hat Verf. die Cart. arytaenoideae, die hintere Larynxwand und einen grösseren oder kleineren Theil der Stimmbänder gesehen; in c. 17 pCt. der Fälle hat er nur die Spitzen der Cart. arytaenoideae und in den übrigen Fällen nur die Epiglottis gesehen; nur einmal konnte er überhaupt keinen Einblick gewinnen; in diesem Falle war die gewöhnliche Laryngoskopie aber auch sehr beschwerlich. Die Untersuchung der hinteren Larynxwand ist bei der Autoskopie viel leichter als bei der Killian'schen Methode.

SCHMIEGELOW.

102) **Kirstein** (Berlin). **Combinirte Laryngoskopie.** *Allgem. med. Central-Zeitg. 23. 1897.*

Der Arzt, mit dem Stirnspiegel oder der Stirnlampe bewaffnet, steht vor dem in Autoskopirhaltung sitzenden Patienten; mit der einen Hand dirigirt er den Kirstein'schen Zungenspatel in autoskopischer Manier, mit der andern Hand führt er einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegel in den tiefen Pharynx, direkt hinter die durch den Spateldruck erigirte Epiglottis. Es erschliesst sich auf diese Weise ein flächenhafter, nicht perspektivisch verkürzter Anblick der hinteren Kehldeckelfläche, der vordere Glottiswinkel ist auf das Beste einzustellen.

SEIFERT.

103) **Kirstein** (Berlin). **Combinirte Laryngoskopie, eine neue Art, den Kehlkopf zu spiegeln.** *Allg. med. Central-Zeitung. No. 32. 1897.*

K. beschreibt unter diesem Namen ein Verfahren, dessen Princip in der Verlegung des optisch zu überwindenden Winkels an der Standardstelle (Zäpfchengegend) weit nach abwärts in die Tiefe des Rachens besteht. Die Technik gestaltet sich so, dass nach Einstellung mit dem autoskopischen Zungenspatel der Spiegel hinter die Epiglottis geführt wird und so von oben her ein äusserst günstiger Ueberblick über die Kehldeckelrückenfläche und den vorderen Glottiswinkel gewonnen wird. Das Verfahren, dessen Anwendbarkeit ein beschränktes ist, soll zu wesentlicher Erleichterung mancher endolaryngealer Spiegeloperationen dienen, besonders im vordersten Kehlkopfabschnitt, wie Verf. bereits bei der Entfernung zweier am vordersten Ende des Stimmbandes aufsitzender Polypen erprobt hat.

SEIFERT.

104) **W. S. Quaife** (Sydney N. S. W.). **Ein paar Fälle von Trachom des Kehlkopfs und verwandten Störungen beobachtet bei Rednern. (Some cases of trachoma laryngis and allied troubles seen in speakers.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Mai 1897.*

Verf. beobachtete diese Erkrankung häufiger bei Schullehrern als bei anderen gewerbsmässigen Rednern und ganz besonders häufig bei Frauen. Er führt sie auf eine mangelhafte vorhergehende Stimm-Trainirung zurück und ferner auf die dumpfige Luft in den Schulräumen. Die Behandlung, mit der er öfters Erfolg hatte, bestand in der Application milder Adstringentien im Larynx; die Knötchen

selbst wurden in mehreren Fällen mit Chromsäure betupft. Mehrere Monate vollständiger Ruhe der Stimme sind erforderlich.

A. J. BRADY.

105) **E. Baumgarten. Sklerom des Kehlkopfes.** Sitzung des poliklinischen Vereins. Februar 1897.

Es wird ein fast den ganzen Kehlkopf ausfüllender Tumor des rechten Taschenbandes vorgestellt, der ohne sonstige Beschwerden seit zwei Jahren Heiserkeit verursachte. Von Seite der Nase keine Beschwerden, doch wurde, da an den vorderen Muschelenden knorpelharte Gebilde sich fanden, die Diagnose auf Sclerom gestellt, welche die mikroskopische Untersuchung auch bestätigte.

v. NAVRATIL.

106) **F. Swiezynski. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Kehlkopfpolypen. (Przyczynek do anatomji patologicznej polipow krtaniowych.)** *Gazeta lekarsk. No. 6. 1897.*

Verf. untersuchte 12 auf der Dr. Sokolowski'schen Abtheilung von demselben operirte Polypen histologisch und kommt zu den folgenden Schlüssen:

1. In der Mehrzahl der Fälle stellen die Polypen eine circumscripte Hypertrophie der Schleimhaut der Stimmbänder dar.

2. Die chronische Chorditis entsteht in Folge recidivirender Hyperämie bei Individuen, die ihre Stimme sehr oft missbrauchen.

3. Hyaline Massen, die oft im Gewebe der Polypen vorkommen, sind nach Verf. als eine specifische Entartung des Bindegewebes zu betrachten.

SOKOLOWSKI.

107) **P. Koch** (Luxemburg). **Grosses Fibrom des Kehlkopfes.** *Wiener klinische Rundschau. 1897. No. 9.*

Der Tumor, der gestielt auf der linken Larynxseite aufsass, wurde mit der Scheinmann'schen schneidenden Zange entfernt und wog 7,35 g.

CHIARI.

108) **F. Rueda** (Madrid). **Erschwerte Exstirpation eines fibrösen Kehlkopfpolypen. (Un polipo fibroso-laringeo de dificil exstirpacion.)** *Revist. de Med. y Ciruj. Pract. No. 527. 1897.*

R. berichtet einen Fall von Kehlkopfpolypen, bei dem die Diagnose in Folge der langen und weit nach hinten abfallenden Epiglottis schwierig war. Bei der Exstirpation der Polypen bediente sich Verf. zu diesem Zwecke eines Kehldeckel-Retracteurs, den er durch einen Assistenten in Medianlinie aufrecht halten liess, wodurch die Operation in leichtester Weise gelang. R. empfiehlt dieses Verfahren für ähnliche Fälle.

R. BOTEY.

109) **T. Heryng. Ueber Kehlkopfpapillome und ihre Behandlung mittelst Phenolsulphoricinol. (Brodawkowce krtani i ich leczenie fenolem sulforycynowym.)** *Gazeta lekarska. No. 15, 16, 17, 19. 1897.*

Nachdem der Verf. alle bisher angewendeten Methoden der intralaryngealen Behandlung der Larynxpapillome kritisch besprochen hat, glaubt er, auf einer Reihe von Fällen sich stützend, in dem Phenolsulphoricinol ein treffliches Mittel zur Behandlung der Papillome empfehlen zu dürfen. H. behauptet, dass das

Phenolsulphoricinol besonders günstig und radical die frischen Papillome beseitigt, manchmal sogar schon durch ein paarmalige Bepinselung (20—30proc. Lösung in 3—4—5täglichen Intervallen). Die harten Papillome besonders der Stimmbänder räth Verf. zuerst zu operiren und dann mit Phenolsulphoricinol zu bepinseln, um Recidiven vorzubeugen. 5 Fälle werden genau beschrieben.

SOKOLOWSKI.

110) **Bryson Delavan. Multiple Papillome an beiden Stimmbändern. (Multiple papillomata affecting both vocal cords.)** *N. Y. Medical Record. 17. April 1897.*

Die Papillome wurden, da die Anwendung von Instrumenten nicht erwünscht war, vollständig mittels des Alkohol-Sprays entfernt. Der Spray wurde von dem Pat. 6mal am Tage 4 Monate lang benutzt.

LEFFERTS.

111) **W. Cheatham. Papillom des Kehlkopfs. (Papilloma of the larynx.)** *N. Y. Arch. Pediatrics. Mai 1897.*

Der Fall betrifft ein Kind von $2^1/_2$ Jahren. Die Operation wurde angerathen, aber verweigert. Das Kind starb in Asphyxie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Schmiegelow. Der Kehlkopfkrebs; seine Diagnose und Behandlung. (Cancer du larynx. Diagnostic et traitement.)** *Annales des maladies de l'oreille du larynx etc. No. 4. April 1897.*

Verf. spricht nur von dem intralaryngealen Krebs. Der Erfolg der Behandlung hängt von der Frühzeitigkeit der Diagnose ab. Man muss wissen, dass Rauheit der Stimme Jahre hindurch das einzige Symptom der Erkrankung sein kann. Schmerzen sind im Beginne sehr selten. Im Gegensatz zum extralaryngealen Carcinom afficirt das endolaryngeale sehr selten die Drüsen. Die mikroskopische Untersuchung muss mehrfach vorgenommen werden. Man muss im Auge behalten, dass gutartige Tumoren und Krebs zusammen vorkommen können. In zweifelhaften Fällen muss mindestens 14 Tage lang eine antisyphilitische Behandlung durchgeführt werden. Als Operationsmethode steht je nach der Beschaffenheit des Falles zur Wahl die endolaryngeale Exstirpation, die Thyrotomie mit Excision der Geschwulst und wenn nöthig eines Theiles des Skeletts, die Totalexstirpation des Kehlkopfs und die Tracheotomie. [Die Lecture der fleissigen Arbeit im Original ist sehr zu empfehlen. Red.]

E. J. MOURE.

113) **Pontoynont. Gleichzeitige krebsige Erkrankung im Rachen und Kehlkopf und im Magen. (Cancers pharyngo-laryngé et stomacal concomitants.)** *Soc. anat. Paris. 30. Januar 1897.*

Das Interesse des Falles liegt in der Coincidenz der beiden primären Krebse. Der Pat., ein 60jähriger Mann, kam moribund in das Krankenhaus und starb in Folge von Lungengangrän. Bei der Section fand man einen Krebs des Rachens (gelapptes Epitheliom mit epidermoidalen Nestern), der auf den Larynx übergegriffen hatte, und einen Magenkrebs (typisches Cylinderzellen-Epitheliom).

A. CARTAZ.

114) **J. L. Goodale. Ein Fall von krebsiger Degeneration eines Kehlkopfpapilloms nach Operation. (A case of cancerous degeneration of a laryngeal**

papilloma following operation.) *Boston Medical and Surg. Journal. 21. Januar 1897.*

64jährige [! Red.] Frau. Ein erbsengrosser Tumor wurde vom freien Rande des linken Stimmbandes entfernt; derselbe erwies sich als benigne Geschwulst, als „kleine gefässhaltige und bindegewebige Masse, bedeckt von flachen Epithelzellen". [Ich würde einen solchen Fall nie als beweisend für eine Transformation anerkennen. F. S.] Erst 13 Monate später sah Verf. die Pat. wieder. Das linke Stimmband und das Taschenband bildeten jetzt eine etwas ovale prominirende, geröthete, rauh granulirende, rigide Geschwulstmasse, die in den Glottisspalt hineinreichte. Das rechte Stimmband war besetzt mit hellrothen Granulationen. Der Kehlkopf wurde im Ganzen entfernt. Bei der Eröffnung zeigte sich, dass die Erkrankung nicht unter die Stimmbänder und nach oben nicht über die Taschenbänder hinausreichte. Die pathologische Diagnose lautete auf „Epidermoidalkrebs". Die Patientin starb nach einer Woche an Pneumonie. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **Norval H. Pierce. Zur Frage der Umbildung gutartiger Kehlkopftumoren in maligne Neubildungen. (On the transformation of benign laryngeal growths into malignant neoplasms.)** *The Laryngoscope. Januar 1897.*

Es schien, als ab Felix Semon durch seine Sammelforschung (Centralbl. f. Laryng. 1888) die Anschauung, dass benigne Tumoren leicht in maligne sich umformen, endgültig abgethan habe. Im Februarheft des Centralblattes aber eröffnet E. von Navratil die Frage von Neuem.

Lennox Browne, der Hohepriester der Lehre von der Transformation, macht in seinem Artikel über die malignen Neubildungen im Kehlkopf in Burnett's System of diseases of nose, throat and ear, einige Autoritäten namhaft, welche die Möglichkeit solcher Umbildung gelten lassen, und erklärt dabei: „Zur Zahl derer, die mehr oder weniger willig die Schlüsse des Verf.'s bestätigen, müssen jetzt auch Felix Semon und David Newman gerechnet werden."

In einem Briefe an Semon lenkte Pierce dessen Aufmerksamkeit auf den Browne'schen Artikel. Er giebt aus Semon's Antwortschreiben Folgendes wieder:

„Ich bitte Sie die Angabe Browne's, auf die Sie Bezug nehmen, einfach als unwahr zu betrachten. Browne's ganze historische Argumentation ist eine fortlaufende Kette unrichtiger Angaben. Vergleichen Sie die Citate nach dem verstorbenen Sir Morell Mackenzie mit dessen eigenen Angaben in seinem Lehrbuche (Bd. I. S. 317). Sie werden finden, dass Browne drei Fälle von sog. Transformation aus Mackenzie's Praxis aufzählt, während dieser selbst nur von einem Fall zu berichten weiss."

„Was Newman's Fall anlangt, den Browne citirt, so vergleichen Sie B.'s Angaben mit dem Original im British Med. Journal. In dem wichtigsten Satze des Citates, das B. als wörtlich hinstellt, ist einfach das Wort „demonstrirte" an die Stelle des im Original gebrauchten „glaubte" gesetzt und der Sinn dadurch vollständig geändert."

„Bei der Erwähnung des Falles von Shattock und mir, den er als den beweisendsten von allen (nämlich für die Umbildung) hinstellt, hat B. den Schlusssatz der Mittheilung im Centralbl. f. Laryngol. (VIII, 318), in dem ausdrücklich

gesagt ist, dass dieser Fall in keiner Weise als Beispiel von Transformation einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst betrachtet werden darf, ganz unterschlagen. Shattock und ich haben über unsern Fall am 19. December in der Pathologischen Gesellschaft von London weiter berichtet und bei dieser Gelegenheit scharf gegen Browne's falsche Auslegung protestirt. Aus dem British Journal vom 23. December 1893 p. 1376 u. 1377 ersehen Sie, dass alle Redner in der Discussion, mit Ausnahme von Lennox Browne selbst, sich der Meinung von Shattock und mir ohne Zögern angeschlossen haben und dass Browne seine Angabe, unser Fall sei ein Beispiel von Transformation, schliesslich widerrufen hat."

Pierce kommt zu dem Schlusse:

1. Es ist möglich, dass sich in einem benignen Tumor, der an irgend einer Körperstelle besteht, ein Krebsherd entwickeln kann; nichts aber beweist, dass dies im Kehlkopf ungewohnt häufig vorkommt und in keinem Falle kann dies als ein Beispiel von Transformation angesehen werden.

2. Bei gewissen Carcinomen sind die ersten Erscheinungen durch eine hyperplastische Drüsenwucherung charakterisirt; eine mikroskopische Untersuchung des Carcinoms in diesem vorübergehenden Stadium fällt natürlich negativ aus..

3. Die mikroskopische Untersuchung der oberflächlichen Theile der Tumoren muss in einer relativ grossen Zahl der Fälle zu irrigen Schlüssen führen, weil nur in dem Centrum oder an der Basis solcher Tumoren ihre eigentliche typische Beschaffenheit zu erkennen ist.

Diese Thatsachen im Verein mit der eigenartigen Lage der Geschwulst haben zu der nach unserer Meinung irrthümlichen Anschauung geführt, dass benigne Kehlkopftumoren leicht in maligne sich umbilden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **Robert H. Woods. Ein Fall von Exstirpation des Kehlkopfs wegen Krebs. (A case of exstirpation of the larynx for cancer.)** *Dublin Medical Journal. März 1897.*

Die Totalexstirpation des Kehlkopfs wurde bei dem 65 Jahre alten Patienten nach der Methode von Solis-Cohen ausgeführt. Der Pat. starb 19 Tage nach der Operation an Pneumonie.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

117) **Plücker** (Köln). **Totale Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. 1897. Vereins-Beilage No. 19.*

Auf Grund dreier Kehlkopfexstirpationen, die Bardenheuer wegen ausgedehnter Tuberculose mit Glück ausgeführt hat, bespricht Pl. die Vorzüge der von Bardenheuer ersonnenen und von ihm, von Paggert und von Rotter weiter ausgebildeten Methode, die Wundhöhle gegen die Mundhöhle durch Vernähen der Pharynxschleimhaut, der Muskeln und der Haut abzuschliessen.

ZARNIKO.

118) **Murray, Bark, Hunt, Paul** und **Gemmell** (Liverpool). **Die Thyrotomie bei Kehlkopfgeschwülsten. (Thyrotomy for laryngeal tumours.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1897.*

Murray bespricht 2 Fälle, in denen die Thyrotomie wegen multipler Kehlkopfpapillome gemacht wurde.

Bark empfiehlt den endolaryngealen Eingriff.

Hunt erörtert einen Fall, bei dem das linke Stimmband wegen Epitheliom von Paul entfernt worden ist. Gemmell rühmt die Vortheile der Hahn'schen Canüle für die Chloroformnarkose. P. MC. BRIDE.

f. Schilddrüse.

119) **H. Richardson. Die physiologische Thätigkeit der Schilddrüse. (The physiologic action of the thyroid gland.)** *Journal Americ. Med. Association. 16. Januar 1897.*

1. Gesteigerte Production von Lymphocyten und vermehrte Zellproduction im Allgemeinen, besonders in den Schleimhäuten. 2. Hemmung der Zerstörung der polynucleären Zellen.

Diese Hypothese soll den Erfolg der Behandlung mit Schilddrüsenextract bei einigen Fällen von alter Albuminurie erklären. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Weiss. Ueber den Jodgehalt der Schilddrüsen in Schlesien.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 1. 1897.*

W. benutzte die Schilddrüsen von verstorbenen Erwachsenen und Kindern; die ersteren ergaben ein Trockengewicht von 6,6 g und einen durchschnittlichen Jodgehalt von 3,8 mg. Bei Kindern fand sich ein Durchschnittsjodgehalt von 0,15 bis 0,78.

Der Jodgehalt der Kröpfe war sehr hoch, doch liess sich nicht bestimmen, ob nicht eine Jodbehandlung vorausgegangen war. SCHECH.

121) **Wölfler** (Prag). **Ein Fall von Dislocation der Schilddrüse.** Sitzungsbericht vom 4. December 1896 des Vereins deutscher Aerzte in Prag. — *Wiener med. Presse. 1897. No. 14.*

Bei einem 18jährigen Mädchen war die diffus vergrösserte Schilddrüse derart nach abwärts gelagert, dass der hinter dem Manubrium gelegene Isthmus Compression der Trachea bewirkte. Isoliren des Organs, Dislocation nach aufwärts und Fixation in dieser Lage mittelst Bindfäden, welche durch die Struma und die Haut gedeckt wurden. Heilung. CHIARI.

122) **Lympius** (Hamburg). **Struma accessoria des Zungenbeins. Exstirpation. Heilung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 44. Bd. 5., 6. Heft. 1897.*

Ein wallnussgrosser Tumor wurde nach präventiver Tracheotomie nach der von Kocher für die Exstirpation der Zunge von der Basis aus angegebenen Methode exstirpirt. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus dichtliegenden Follikeln bestand, ausgekleidet mit flachem Epithel, zum Theil ohne, zum Theil mit gallerthaltigem Lumen. SEIFERT.

123) **Claisse. Versprengter Kropf in der Medianlinie. (Goitre médian aberrans.)** *Société anatomique de Paris. 8. Januar 1897.*

Hühnereigrosser Tumor in der Gegend des Zungenbeins, für eine Dermoid-

cyste angesehen, bei der Operation aber als hypertrophische versprengte Schilddrüse erkannt. Der Tumor war cystisch und enthielt eine braune fettige Flüssigkeit.

PAUL RAUGÉ.

124) **Glaser** (Gollnow). **Ein Beitrag zur Casuistik der Struma maligna.** Dissert. Würzburg. 1896.

40jährige Frau mit Struma carcinomatosa medullaris. Operation in der Schönborn'schen Klinik. Guter Erfolg.

SEIFERT.

125) **J. W. Newcomer. Morbus Basedowii oder Gravesi. (Exophthalmic goitre; Basedow's or Graves disease.)** *Med. Fortnightly. 15. December 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

126) **F. Steiner** (Wien). **Die Besonderheiten im Bilde der Basedow'schen Krankheit bei Kindern.** *Wiener med. Blätter. 1897. No. 6.*

Der Symptomencomplex obiger Krankheit beim Kinde unterscheidet sich von demjenigen beim Erwachsenen dadurch, dass sich das Krankheitsbild beim Kinde rascher entfaltet, die nervösen Symptome mehr zurücktreten lässt, dagegen ist hierbei eine Schilddrüsenaffection constant. Verf. weist auf die häufige Combination des kindlichen Basedow mit Chorea hin.

CHIARI.

127) **Winternitz** (Wien). **Morbus Basedowii und Hydrotherapie.** *Blätter f. klin. Hydrotherapie. 4. 1897.*

W. zieht als ätiologische Momente für den Morbus B. heftigen Nervenshok und sexuelle Vorgänge heran. Bei der Anwendung bestimmter hydrotherapeutischer Manipulationen (feuchte Einpackung, Kälteapplication auf die Wirbelsäule mittels Rückenschlauch etc.) sah W. ausserordentlich günstige Beeinflussung sämmtlicher Symptome.

SEIFERT.

128) **Trachewski. Natriumphosphat bei Basedow'scher Krankheit. (Phosphate of soda in exophthalmic goitre.)** *Medical News. 9. Januar 1897.*

T. empfiehlt das Natr.phosphoricum zur Behandlung des Morbus Basedowii; er giebt es in Dosen von 1,5—2,4 g täglich.

LEFFERTS.

129) **Sands. Basedow'sche Krankheit erfolgreich behandelt mit Thyroidextract. (Exophthalmic goitre treated successfully with thyroid extract.)** *N. Y. Med. Record. 9. Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

130) **A. Kasem-Bek. Ein Fall von Myxoedem. (Slutschai mixedemi)** *Bolnit. Gazeta. 1897. No. 3.*

Spontane Entwickelung von ausgesprochenem Myxödem bei einer 40jährigen Frau. Thyreoidin Merk zu 0,12 pro dosi wurde nicht vertragen. Die Dosis von 0,06 und Steigerung bis 0,12 (0,48 pro die) brachte im Verlaufe einiger Monate vollständige Heilung. Es trat sogar eine Schwangerschaft ein.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

131) **T. Forström** (Finland). **Ein Fall von Atresia oesophagi. (Atresia oesophagi-tapani.)** *Duodecim. No. 4. S. 85.*

Der Verf. hat ein 11 Tage altes Kind obducirt. Das Kind konnte während des Lebens gar nicht schlucken.

Der Oesophagus war aus zwei unter einander vollständig abgesonderten Theilen zusammengesetzt. Der normal entwickelte obere Theil, welcher eine Fortsetzung des Pharynx bildete, endete blind 2 cm über der Bifurcationsstelle der Trachea. Der untere, rudimentäre Theil war 5 cm lang und hatte 2—3 mm in der Weite. Derselbe communicirte nach oben mit dem Lumen der Trachea, nach unten ging er in die Cardia über.

SCHMIEGELOW.

132) **T. Hubbard. Fälle von Fremdkörpern im Hals und in den Luftwegen bei Kindern. (Report of cases of foreign bodies in the throat and air passages of children.)** *Fort Wayne Med. Journ. Magazine. Januar 1897.*

1. Offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines 11 Monate alten Kindes; mit der Zange entfernt.

2. Pennystück aus dem Oesophagus eines 3jährigen Kindes mit dem Münzenfänger entfernt.

3. Hälfte einer knöchernen Spange aus dem Oesophagus eines 12 Monate alten Kindes entfernt.

4. Nadel im Oesophagus eines jungen Mädchens; 2 Stunden lang vergebliche Bemühung dieselbe zu entfernen. Ein anderer Arzt machte dann die Pharyngotomie; die Nadel aber wurde nicht gefunden. Später erbrach die Patientin, wobei die Nadel erschien.

5. Ein Getreidekorn, das 5 Wochen in der Trachea eines 1jährigen Kindes gesteckt hatte, wurde durch die Tracheotomie entfernt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

133) **M. Feldmann** (Jaroslau). **Ein Beitrag zur Fremdkörper-Casuistik.** *Wiener med. Presse. 1897. No. 2.*

Ein 2 cm langer Hühnerknochen hatte die Musculatur des Rachens perforirt und wurde nach fast 5 Monaten bei Eröffnung eines Abscesses in der Lücke zwischen den beiden Sterno-cleidomastoideus-Köpfen entfernt.

CHIARI.

134) **Anthony Bowlby** (für **Howard Marsh**). **Impaction von Münzen im Oesophagus. (Coins impacted in the oesophagus.)** *British Medical Journal. 30. Januar 1897.*

Demonstration eines $3^1/_2$jährigen Knaben am 22. Januar 1897 vor der Clinical Society of London, welcher einen Halfpenny vor fünf Wochen verschluckt hatte. Das einzige Symptom war gelegentliches Erbrechen. Ein Skiagraph zeigte die Münze in der Höhe des zweiten Rückenwirbels im Oesophagus eingebettet. Nach wiederholten vergeblichen Versuchen, sie mit dem Münzenfänger zu ent-

fernen, gelang dies mittelst eines von Mr. Bowlby ersonnenen Instruments, welches ebenso wie das Skiagramm des Falles im British Medical Journal abgebildet ist. Der zweite Fall war dem ersten vollständig ähnlich.

In der Discussion erwähnte Mr. Clement Lucas eines anderen ähnlichen Falles, in welchem es ebenfalls unmöglich gewesen war, die Münze mit dem Münzenfänger zu entfernen, und setzte auseinander, dass, da die Münzen gewöhnlich quer im Oesophagus lägen, Zangen nur dann zur Entfernung brauchbar wären, wenn sie sich von vorn nach hinten öffnen. SEMON.

135) **Daniel. Tuberculöse Oesophagitis nach peribronchialer Tuberculose. (Tuberculous esophagitis secondary to peribronchial tuberculosis.)** *Medical News. 30. Januar 1897.*

Bei der Section einer 76jährigen Frau fanden sich Ulcerationen auf der Schleimhaut der hinteren Oesophaguswand in einer Ausdehnung von nahezu 4 Zoll. Am Rande der Geschwüre sah man zahlreiche miliare Granulationen. Aehnliche waren in geringerer Anzahl an der vorderen Wand der Speiseröhre bis fast in die Höhe des Pharynx vorhanden. An der Kreuzungsstelle von Oesophagus und rechtem Bronchus befand sich eine weite Oeffnung, die in eine verkäste peribronchiale Drüse führte. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **L. Grünwald** (München). **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.** Mit 107 farbigen und 25 schwarzen Abbildungen. 1897. München. Verlag von J. F. Lehmann.

Grünwald hat seinen Plan, dem Anfänger in der Rhino-Laryngologie in der Kunst des Sehens und Deutens behilflich zu sein, nunmehr vollendet, indem er seinem Atlas der Rachen-Nasenkrankheiten den der Kehlkopfkrankheiten hat folgen lassen. Beide sind nach demselben Princip angelegt.

Den orientirenden Bemerkungen zur Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs folgt die Besprechung der Untersuchungsmethoden und der Pathologie und Therapie. Es ist in diesen Kapiteln in Kürze alles zusammengetragen, was der Anfänger braucht und in leicht fasslicher Form und recht gewandt dargestellt.

In dem Atlas sind die Bilder nach dem Princip der Oertlichkeit gruppirt; z. B. Taf. 4—7 zeigen die Kehldeckelveränderungen, Taf. 8—16 die Stimmbanderkrankungen, Taf. 17 subchordale Veränderungen u. s. w. In ca. 90 Bildern hat der Verf. es versucht, die verschiedenen Erkrankungen des Kehlkopfes darzustellen.

Wenngleich, wie in den meisten medicinischen Atlanten, die einzelnen Farbentöne nicht genau naturgetreu wiedergegeben sind, so tritt doch das Verhältniss

der verschiedenen Nuancen deutlich hervor. Sonst muss man den Bildern nachsagen, dass sie recht gut gelungen; wenigstens ist es mir bei den meisten möglich gewesen, ohne Zuhilfenahme des Textes die richtige Diagnose zu stellen, d. h. diejenige Krankheit zu diagnosticiren, die das Bild repräsentiren soll. Manche Figuren freilich lassen zu wünschen übrig; so habe ich z. B. ein solches Oedem des Larynxeinganges, wie es Fig. 1 auf Taf. 7 zeigt, noch nicht gesehen. Die auf Taf. 16 dargestellte Pachydermie ist ebenfalls nicht charakteristisch, viel eher würde ich die auf Taf. 10 als „secundäre chronische Laryngitis" dafür angesprochen haben.

Um die Bilder dem Anfänger verständlicher zu machen, oder wie G. sich ausdrückt, „die Bilder an geistiger Plastik gewinnen zu lassen, was ihnen an körperlicher abgeht", hat er jedem Bilde eine Krankengeschichte beigegeben und damit in der That seinen Zweck erreicht.

Um das Verständniss der Krankheitsprocesse zu fördern, hat er am Schluss noch auf 12 Tafeln die wichtigeren histologischen Veränderungen bei denselben recht gut dargestellt.

Berücksichtigt man schliesslich den niedrigen Preis (7 Mark), so muss man sagen, dass dem Anfänger dieser Atlas recht zu empfehlen ist.

A. Rosenberg.

---

b) Berichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte zu Budapest.

Sitzung vom 23. Januar 1896.

Herr Morelli: Operirter und geheilter Fall von Papilloma multiplex laryngis.

Die 36 Jahre alte Patientin litt seit 1887 an Heiserkeit, wurde vorher 2 mal operirt. Pat. kam 1894 zu M. Der Kehlkopf war mit grösseren und kleineren Papillomen ganz ausgefüllt. Die Entfernung sämmtlicher Papillome gelang in zehn Sitzungen. Der Kehlkopf ist jetzt gänzlich frei. Pat. spricht seit September 1894 mit klarer Stimme und kann seit einem Jahre auch singen. M. bedient sich zur Entfernung der Papillome immer des scharfen Messers.

Hr. Morelli: Ein grosses Larynxpapillom.

18 Jahre altes Mädchen, seit März 1894 heiser, wurde Ende desselben Jahres operirt. Im März 1895 entfernte M. abermals ein himbeergrosses Papillom. Am 4. Januar 1896 fand M. in der vorderen Commissur ein mandelgrosses Papillom; die früheren Operationsstellen sind frei. M. benutzt zur Entfernung solcher Geschwülste das Heryng'sche, von ihm modificirte Messer. Der Fall steht nach M. an der Grenze, wo noch die intralaryngeale Entfernung ausgeführt werden kann.

Sitzung vom 30. April 1896.

Hr. Baumgarten: Hydrops Antri Highmori.

Unter dem linken Processus zygomaticus des 13 Jahre alten Knaben ist eine apfelgrosse, halbkugelige Vorwölbung sichtbar. Die bedeckende Haut ist normal. In der Fossa canina schwache Fluctuation und pergamentartiges Knistern. Der harte Gaumen ist links hervorgewölbt, Fluctuation nachweisbar. Die Augenzähne fehlen, die Distanz zwischen den Zähnen vergrössert. Die Nasenhöhle normal, Kieferhöhlenmündung nicht sondirbar.

Nach Eröffnung der Fossa canina entleerte sich viel seröse Flüssigkeit. Die Höhle wurde anfangs tamponirt, später nur ausgespritzt. Nach einem Jahre ist die Höhle mit Granulationen ausgefüllt, das Gesicht normal.

B. meint, dass in diesem Falle der Hydrops ex vacuo durch Obliteration des Ostium maxillare verursacht wurde.

Hr. Morelli: Zwei Fälle von Zungenspeichelsteinen.

Der erste Fall bezieht sich auf einen Pat., welcher seiner Zähne halber M. aufsuchte. Im rechten Ductus Whartonianus fand M. einen Stein, welcher durch einfache Incision entfernt wurde.

Der zweite Fall bezieht sich auf die Frau eines Arztes, deren Zunge nach Genuss saurer Speisen anschwillt. Das Leiden besteht seit 1894. M. fand im linken Ductus Whartonianus einen Stein, den er derart entfernte, dass er den Ductus mit einer dünnen Sonde erweiterte und mit einem feinen, geknöpften Messer aufschlitzte. Der Stein liess sich mit einem feinen Löffel umgehen und leicht entfernen.

Hr. Morelli: Zwei Fälle von Nasensteinen.

1. Bei einem 13jährigen Knaben entwickelte sich um einen Pflaumenkern ein Stein, welcher mit der Polypenzange entfernt wurde.

2. Patientin hat die rechte Nasenhälfte mit Schorfen ausgefüllt. Auf Spülungen entfernte sich am 4. Tage per os ein Stein. M. dachte zuerst an Nekrose der Knochen.

v. Navratil.

---

c) Berichte der ungarischen oto-laryngologischen Gesellschaft zu Budapest.

Sitzung vom 6. November 1896.

Hr. Polyák: Nekrose der Siebbeinzellen. (Demonstration von Präparaten.)

Der 34 Jahre alte Mann litt seit Monaten an Nasenverstopfung. Er wurde von einem Arzte sieben- bis achtmal in achttägigen Zwischenräumen cauterisirt. Nach mehrmaligem Brennen schwoll der Nasenrücken und das rechte Nasenbein an. Später glitt aus der Nase in den Nasenrachenraum ein pfenniggrosses, dünnes,

poröses Knochenstück, welches einen Erstickungsanfall hervorbrachte, jedoch ausgehustet wurde.

Als Pat. sich bei P. vorstellte, war der Nasenrücken geröthet und geschwollen, auf der rechten Seite Thränensackeiterung. Die rechte Nasenhälfte war mit übelriechenden, eingetrockneten, lamellirten Borken und käsig-eitrigen Massen gefüllt, in welchen mehrere Knochenstücke eingebettet lagen. Nach Reinigung der Nase stellte es sich heraus, dass die untere und mittlere Muschel, ferner die vorderen Siebbeinzellen fehlten; an ihrer Stelle waren nekrotische Gewebsfetzen und blutende Granulationen sichtbar. In der linken Nasenhälfte bestand einfache Hypertrophie der Schleimhaut. Die Therapie bestand in Spülungen und Reinhalten der Nase, worauf Heilung in 6 Wochen erfolgte.

In der Discussion, an welcher fast sämmtliche Mitglieder theilnahmen, wurde Lues als wahrscheinlichste Ursache der Nekrose angenommen.

Hr. Polyák: Ueber die Pertik'schen Divertikel des Nasenrachenraumes.

Die unter dem Namen Rosenmüller'sche Gruben bekannten Sinus faucium laterales waren schon von Haller gekannt. Die Tiefe dieser Gruben ist sehr verschieden. Prof. Pertik fand in der Leiche eines 55 Jahre alten, plötzlich verstorbenen Mannes im oberen Pharynxabschnitte zwei bilaterale, symmetrische, mässig fluctuirende Säcke, welche sich über den oberen concaven Rand des Constrictor superior besonders lateralwärts hernienartig hervorstülpten. Der Mann litt an Nasenverstopfung und chronischem Rachencatarrh. P. nimmt in diesem Falle ein Pulsionsdivertikel an und hält in dem Falle einen congenitalen Ursprung ausgeschlossen.

Derartige Divertikel sind in vivo selten zu beobachten. Polyák sah solche in zwei Fällen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 18jährigen Mann mit Wolfsrachen. Hinter den schmalen und dünnen Tubaknorpeln konnte man auf beiden Seiten eine sehr tiefe Tasche sehen, welche sich nach rückwärts bis zur hinteren Rachenwand, nach unten bis zum oberen Rande des M. cephalopharyngeus ausbreiteten. Die Nase war durch Hypertrophie vollständig obturirt. Die Taschen waren mit atrophischer, trockener Schleimhaut ausgekleidet und enthielten Schleim und Speisereste, welche vom Wolfsrachen hineingelangten.

Der zweite Fall bezieht sich auf einen 16jährigen Knaben, welcher an häufigem Schnupfen litt, mit näselnder Stimme sprach und den Mund offen hielt. In der Nase mehrere Schleimpolypen beiderseits. Hinter den schmalen Tubaknorpeln beiderseits sehr tiefe Rosenmüller'sche Gruben, deren Breite höchstens 1 cm, die Tiefe jedoch rechts 2,5 cm, links 1,5 cm betrug. Eine Communication zwischen Tube und Divertikel konnte nicht nachgewiesen werden. Die Schleimhaut der Divertikel war glatt, drüsenreich.

Im ersten Falle lässt sich zwar eine congenitale Anlage annehmen, jedoch ist es nicht ausgeschlossen, dass die Nasenverstopfung zur Vergrösserung der Divertikel nicht unwesentlich beitrug. Den zweiten Fall betrachtet P. als ein Pulsionsdivertikel. Hierfür spricht nicht nur das viele Schnauben und Schnäuzen

des Kranken, sondern auch der Umstand, dass neben den fast vollständig verstopften Nasengängen der Luftinhalt des Nasenrachenraumes bei jedem Schluckacte einem höheren Druck ausgesetzt war.

Sitzung vom Februar 1897.

Némai bespricht eine Eigenschaft des Crico-arytaenoid-Gelenkes und demonstrirt dieselbe an mitgebrachten Präparaten eines Ochsenkehlkopfes und eines grossen Hundekehlkopfes. Die besprochene Eigenschaft des Gelenkes besteht darin, dass man nicht im Stande ist, den Processus vocalis stark nach aussen zu rotiren, ohne dass eine Erhebung desselben, resp. eine Rückwärtsneigung der Höhenaxe des Aryknorpels stattfände.

Um dies zu demonstriren, wird eine Karlsbader Nadel in den Stimmfortsatz im Sinne der Stimmbandinsertion, also nach der Längsrichtung des Stimmfortsatzes eingestochen. Man sieht dann, wie die Nadel beim Rotiren nach auswärts sich erhebt, oder besser gesagt erheben muss, weil es nicht einmal durch Kraftanwendung gelingt, die ganze Rotation so auszuführen, dass die Nadel in der ursprünglich horizontalen, etwas nach unten geneigten Lage verbleibe. Der Stimmfortsatz und das Stimmband bewegen sich also offenbar beim Rotiren nach aus- und einwärts nicht in der Horizontalebene, sondern in einer Diagonalebene. Némai folgert aus dem Versuche, dass es die Beschaffenheit des Gelenkes ist, die keine Auswärtsrotation mit gesenkten oder nach unten geneigten Stimmfortsätzen gestattet, und führt diesen Versuch als Illustration für seine früheren Studien an, nach welchen sich das Stimmband beim Abduciren erhebt, beim Verschlusse also senkt; mit anderen Worten, beim Stimmverschlusse steht das gelähmte Stimmband in der Verticalebene höher, das gut gespannte, gesunde steht im tieferen Niveau.

v. Navratil.

---

d) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Mai 1897.

A. Rosenberg: Leukoplakia pharyngis non specifica.

Ein Patient in den vierziger Jahren zeigte im Anschluss an Influenza am Velum und an den Tonsillen ausgedehnte weisse Flecken mit rothem Hofe. Sie liessen hier und da die rothe Schleimhaut durchschimmern, waren besonders an den intensiver verfärbten Partien ein wenig über das Niveau der Umgebung erhaben. Es liess sich von ihnen nichts abkratzen, so dass die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss geben konnte; bakteriologisch liess sich ebenfalls nichts eruiren.

Von Lues nichts nachweisbar, Jodkali ohne Erfolg.

R. bespricht in differentiell-diagnostischer Beziehung die Lues, die sogen.

Pharyngomykosis benigna (Fränkel), die anderen mykotischen Erkrankungen, unter die sich der beschriebene Fall nicht einreihen lässt.

Er kommt zu der Vorstellung einer flächenartig ausgebreiteten Hyperkeratose.

Durch Chromsäureätzungen wurde in kurzer Zeit Heilung erzielt.

Kuttner berichtet über den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall, dass eine Injection von 3 mg Tuberculin Reaction hervorrief, an die aber möglicherweise tuberculöse Drüsen die Schuld trugen.

In einem anderen Falle von Tuberculose wurden Tuberculininjectionen ohne Erfolg vorgenommen, obwohl die spätere mikroskopische Untersuchung der aus der hinteren Larynxwand excidirten Infiltration Riesenzellen und Tuberkelbacillen nachwies.

B. Fränkel beginnt zu diagnostischen Zwecken mit 1 mg Tuberculin; erfolgt keine Reaction, so steigt er rasch. Wenn auch diese Methode nicht in allen Fällen ein sicheres Resultat giebt, so hat er selbst doch noch keine Ausnahmen gesehen.

Wenn bei Syphilis Reaction eintritt, so kann es sich doch um eine versteckte Tuberculose handeln.

Bei der mikroskopischen Untersuchung können Irrthümer unterlaufen, wenn nicht der Nachweis von Tuberkelbacillen gelingt.

Grabower sah bei Anwendung von 5 mg und darüber immer Reaction; dieselbe ist auch bei geringeren Dosen vorhanden, aber schneller vorübergehend, so dass sie gelegentlich übersehen werden kann.

Alexander fand bei der mikroskopischen Untersuchung eines Tumors der Nasenscheidewand, der dem Kuttner'schen sehr ähnlich war, dickes Epithel, im Innern erweiterte Gefässe, Bildungen, die an Follikel erinnern und auch Riesenzellen, aber keine Tuberkelbacillen, so dass die Diagnose noch zweifelhaft ist.

Treitel sah bei einem Pat., bei dem die Diagnose zwischen Lupus und Tuberculose schwankte, trotz Tuberculininjection eine Verschlechterung.

Kuttner erkennt zwar den hohen diagnostischen Werth der Tuberculininjection bedingungslos an, glaubt jedoch auf Grund der in der Veterinärheilkunde gemachten Erfahrungen, dass weder der positive noch der negative Ausfall der Injection als ein durchaus untrügliches Zeichen für das Vorhandensein oder das Fehlen tuberculöser Processe zu betrachten sei.

Sitzung vom 28. Mai 1897.

A. Rosenberg stellt eine 56jährige Patientin vor, die seit längerer Zeit über nach dem Ohre ausstrahlende, stechende Schmerzen in der rechten Seite des Halses klagt; in den letzten 6 Jahren hat sie 3mal eine grössere Menge (circa ein Liter) theils flüssiges, theils geronnenes Blut ausgespieen, wonach die Schmerzen jedes Mal nachliessen.

Bei der pharyngoskopischen Untersuchung sieht man an der vorderen Fläche des rechten hinteren Gaumenbogens eine über stecknadelkopfgrosse, rundliche, venöse Gefässerweiterung. Wenn die Pat. würgt, tritt eine von der hinteren Fläche des Arcus pharyngopalatin. und der rechten seitlichen Pharynxwand breitbasig entspringende, flachkegelförmige, bläuliche Geschwulst hervor, die etwa 2 cm lang,

$^1/_2$ cm breit und $^3/_4$ cm hoch ist und eine körnige Oberfläche hat, in ihrem Aussehen vollkommen einem Varix entspricht.

E. Meyer stellt 1. eine Patientin vor, bei der man hinter dem rechten hinteren Gaumenbogen ein pulsirendes Gefäss bemerkt; die Pulsation setzt sich auf das Velum fort, und auch der Larynx und die Trachea zeigen pulsatorische Verschiebungen. Die Ursache liegt wahrscheinlich in einem Aneurysma trunci anonymi, das sich auf die Carotis fortsetzt.

2. demonstrirt M. das Präparat eines durch Narben stenosirten Larynx mit Laryngo-oesophagealfistel. Bei einem wegen Diphtherie tracheotomirten 9jährigen Knaben stellten sich nach dem Decanulement die Zeichen einer allmälig zunehmenden Verengerung des Kehlkopfes ein. Nach mehrmaligem Bougiren traten unter Fieber bronchitische Erscheinungen in beiden Oberlappen auf und Pat. ging bald zu Grunde.

Im Larynx finden sich Narbenverziehungen; unterhalb der Glottisebene liegt eine ca. 2 mm breite mit vernarbten Rändern versehene Oeffnung, die in den Oesophagus führt; die seitliche Schlundwand liegt wie ein Ventil vor dieser Perforation. An der Ringknorpelplatte bemerkt man links einen grossen Defect, in den die Oesophaguswand hineingestülpt ist.

Es handelt sich also um eine Perichondr. cric. diphther. mit Sequestration; als Todesursache wurde Lungentuberculose constatirt.

Scheier: Zur Anwendung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie.

Sch. benutzte die Röntgenstrahlen 1. um zu constatiren, ob die Sondirung der Stirnhöhle gelungen oder nicht, was bisher mit absoluter Sicherheit festzustellen nicht möglich war. Bei 30 Patienten gelangte er 5mal in den Sinus frontalis, ohne die mittlere Muschel zu luxiren oder zu entfernen;

2. kann man auf dem Fluorescenzschirm die Bewegungen des weichen Gaumens sehen, so dass diese Methode mehr als die bisherigen wichtige Aufschlüsse über Gestalt und Lage der Zunge, des Gaumens, Kehlkopfes etc. bei den verschiedenen Functionen derselben zu geben verspricht;

3. kann man mittelst der Röntgenstrahlen gewisse Fremdkörper im Larynx sehen, sowie die Ossificationsbezirke in den Knorpeln derselben (Demonstration).

Sitzung vom 25. Juni 1897.

Flatau zeigt zwei Tumoren der Uvula, von denen der erste ein Papillom ist, während der andere als ein dicker Knoten in der Basis des Zäpfchens bei einem Manne in der Mitte der vierziger Jahre sass und vielleicht ein Sarkom darstellt.

Ferner demonstrirt F. ein Instrument für die Resection der unteren Muschel.

Peltesohn fragt Flatau, wann er die Resection der unteren Muschel für indicirt hält.

Flatau führt dieselbe aus, wenn es sich nicht nur um eine Hyperplasie der Weichtheile, sondern auch des Knochens handelt.

Herzfeld berichtet, dass die in einer der letzten Sitzungen von ihm gezeigte Tonsillengeschwulst sich als Carcinom erwiesen hat.

Peltesohn: Ueber Angina und Rheumatismus.

P. spricht in einem durch reiche Literaturangaben ausgezeichneten Vortrage über die Beziehungen zwischen diesen beiden Erkrankungen. Er bekennt sich als ein Anhänger derjenigen Autoren, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Angina und Rheumatismus annehmen und bringt ein grosses literarisch-statistisches Beweismaterial dafür. In besonders ausführlicher Weise beschäftigt sich sein Vortrag mit dem Nachweis der intimen Beziehungen zwischen Anginen, chronisch-entzündlichen Processen der Nase, des Nasenrachens, des Rachens und dem acuten und chronischen Muskelrheumatismus. Zum Schluss empfiehlt P. die Behandlung der Nase und des Halses als Prophylaxe der Erkrankungen an Rheumatismus.

E. Meyer: Dass eine Allgemeininfection durch die Tonsillen statthaben könne, beweise das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen im Halse bei Scarlatina, sowie die zuweilen beobachtete Milzschwellung bei Angina.

Herzfeld bezweifelt, dass die Angina als initiales Symptom des Gelenkrheumatismus aufzufassen sei; bei Kindern finde sich Angina sehr häufig, sehr selten aber Rheumatismus, und bei Erwachsenen wieder ist das Verhältniss ein umgekehrtes. Die Tonsillen üben eher eine Schutzthätigkeit aus.

B. Fränkel theilt dementsprechend mit, dass seine neuerlichen Untersuchungen an einem grösseren Material gezeigt hätten, dass die Kinder mit adenoiden Vegetationen und Hyperplasie der Gaumentonsillen bei einer Diphtherieepidemie weniger erkrankten als andere.

Peltesohn hält den Einwand Herzfeld's für nicht stichhaltig.

Grabower berichtet über einen Fall von Oesophaguscarcinom mit linksseitiger Recurrenslähmung bei einem 70jährigen Manne. Das Carcinom ging von der vorderen Oesophaguswand aus und erstreckte sich, wie durch Röntgen-Untersuchung festgestellt wurde, nur die linke Oesophaguswand entlang von der 5.—7. Rippe. Auch zeigte der den Tumor präsentirende Schatten auf dem Fluorescenzschirm quer durch seine Mitte hindurch eine regelmässige Pulsation, welche ihm von der Aorta mitgetheilt wurde. Den durch die Röntgen-Methode festgestellten Umstand, dass die rechte Wand des Oesophagus vom Tumor frei war, benutzte G., indem er bei Einführung der Sonde dieser eine extreme Richtung nach rechts gab, und so gelang es, Sonden mässigen Kalibers durch die Enge hindurch zu bringen, sie daselbst längere Zeit liegen zu lassen und durch allmälige Erweiterung der Stenose den Pat. die Aufnahme breiiger Nahrungsmittel, die ihm vorher unmöglich war, mühelos vornehmen zu lassen.

A. Rosenberg.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, November. 1897. No. 11.

I. Die laryngologische Section des XII. internationalen medicinischen Congresses.

Moskau, 19—26. August 1897.

Recht befriedigt wird wohl jeder Congressist auf den Aufenthalt in dem so viel besprochenen und so wenig bekannten russischen Reiche zurückblicken. Die Betheiligung war eine sehr grosse (7500 Aerzte waren in Moskau erschienen) und die Veranstaltungen sowohl in wissenschaftlicher als geselliger Beziehung recht gelungen. Nur litt der Einzelne unter dem grossen Andrange, so dass wir z. B. für die Reise von Stockholm nach Petersburg und Moskau auf dem Schiffe keine Cabinen, noch in der Eisenbahn die vorausbezahlten Schlafplätze erlangen konnten. Das Wagenmaterial der russischen Bahnen erwies sich eben als unzureichend. Man hatte offenbar nicht auf eine so zahlreiche Theilnahme gerechnet, doch gaben sich alle Regierungsorgane Mühe, die Reise und den Aufenthalt so angenehm als möglich zu gestalten; bei Revision des Passes und des Gepäckes wurde man niemals belästigt. Abgesehen von der Ueberfüllung der Verkehrsmittel und Hotels reiste man sehr angenehm und fühlte sich als gern gesehenen Gast. Besonders die russischen Aerzte wetteiferten unter einander, um uns die sprichwörtliche russische Gastfreundschaft kennen zu lehren. So erfreulich dieselbe auch war, so hatte sie doch den Nachtheil, so viel Zeit in Anspruch zu nehmen, dass man die medicinischen Einrichtungen nur nebenher kennen lernte. Ausserdem sind in Russland die Kliniken während der Sommerferien ganz geschlossen und in der Reinigung begriffen, so dass man von ihrer Einrichtung wenig sieht. Doch besuchte ich in Petersburg das Kinderhospital Rauchfuss', welches durch Spenden grossherziger Menschenfreunde gegründet wurde und ebenso erhalten wird. Als besonders rühmenswerth muss erwähnt werden, dass in demselben eigene Sommerpavillons bestehen und dass es ganz gesonderte Abtheilungen für Diphtherie, Scharlach und Masern giebt. Ausserdem findet man mehrere Isolirzimmer für Doppelinfectionen, z. B. Scharlach und Diphtherie, und endlich einige Zimmer, woselbst Kinder aus besseren Familien ganz isolirt gegen

mässige Bezahlung untergebracht werden können. Dadurch wird es möglich, die anderen Familienglieder vor Infection zu schützen. Rauchfuss hat mit dem Diphtherieserum die schönsten Erfolge gehabt und sehr genaue klinische und bakteriologische Beobachtungen bei jedem Falle durchgeführt.

Die Kliniken und Ambulatorien von Lunin, Simanowsky und Nikitin waren alle in dem Zustande sommerlicher Verlassenheit, so dass man nur von der Grösse der Räume und ihrer schönen zweckmässigen Einrichtung eine ungefähre Vorstellung bekam.

Auch in Moskau war die in einem schönen Neubau auf dem Areale der Kliniken ziemlich weit ausserhalb der Stadt gelegene Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke geschlossen und öffnete sich nur, um einen Theil der Sectionen für Laryngologie und Otologie zu einem Dejeuner zu versammeln. Dr. von Stein, der Leiter dieser Klinik, machte in liebenswürdigster Weise unseren Führer und zeigte die grossen mit allen modernen Behelfen und Apparaten ausgestatteten wahrhaft prunkvollen Räume. Diese Klinik verdankt ihr Entstehen der Freigebigkeit einer reichen Moskauer Kaufmannsfrau, welche nahezu eine Million Rubel diesem Zwecke widmete. Leider ist auch diese, wie alle Kliniken in den Sommerferien, völlig den Kranken verschlossen; doch sprach von Stein die Absicht aus, darin nächstens Abhilfe zu schaffen, um dieses Institut, welches den Neid aller Fachleute wecken muss, auch im Sommer offen zu halten.

Andere Fachkliniken sah ich während meiner Anwesenheit in Moskau nicht. Die täglich von 9 bis 12 und 2 bis 5 Uhr stattfindenden Sectionssitzungen, die allgemeinen Sitzungen, die Gastlichkeit der Moskauer Collegen und die eigenthümlichen Reize und Sehenswürdigkeiten der merkwürdigen Stadt und des grandiosen Kreml nahmen zu viel Zeit in Anspruch.

Was unsere Section anlangt, so war dieselbe nicht sehr reich besucht, circa 80 Theilnehmer; namentlich fiel die geringe Zahl von Engländern und Angloamerikanern auf.

Von bekannteren Laryngologen waren anwesend: Gleitsmann (Amerika): Gottstein, Hartmann, Heymann, Jurasz, Kayser, Krause, Rosenberg (Deutschland); Hutchinson, Newman[1]), Middlemass Hunt (England): Castex, Gouguenheim, Moure (Frankreich); Cozzolino (Italien); Okada (Japan); Chiari, Hajek, Schrötter[1]), Weil (Oesterreich); Bélayeff, Frohnstein, Heryng, Lunin, Nikitin, Rauchfuss, Simanowsky, Scott, Stepanow, Verkhovsky (Russland); Botey (Spanien); Catti, Morelli (Ungarn).

Nicht gekommen waren, trotzdem sie Vorträge, theilweise auch über officielle Themata, angekündigt hatten, French, Goodale[2]), Mount-Bleyer, Flatau, Scheier, Macintyre, Ruault, Roquer y Casadesus.

Nachdem in der Eröffnungssitzung Stepanow als Präsident und Belayeff als Secretär durch Acclamation bestätigt waren, wurden die Herren Okada,

---

1) Newman gehörte eigentlich der chirurgischen und Schrötter der internen Section an.

2) In der Augustnummer des Centralblatts (p. 395) war dieser Name irrthümlich als „Soudole“ gedruckt. [Red.]

Botey, Castex, Cavino, Chiari, Cozzolino, Gleitsmann, Heymann, Hunt, Jurasz, Krause, Moure, Pieniacek, Ruault, Schmiegelow, Schrötter, Uchermann zu Ehrenpräsidenten gewählt. Als Sekretäre wurden nominirt Rosenberg, Kayser, Hutchinson, Bar und noch einige andere Herren, deren Namen ich überhörte.

Die Geschäftsordnung war dieselbe wie beim Congresse in Rom und zwar derart, dass in jeder Sitzung zuerst ein officielles Thema, dann die dazu gehörigen angemeldeten Vorträge verhandelt und nach der allgemeinen Debatte darüber noch je nach Maassgabe der Zeit private Themata vorgenommen wurden. Dieser von dem Präsidenten und dem Sekretär ausgearbeitete Plan wurde auch in bester Ordnung durchgeführt und machte unsere Verhandlungen sehr lehrreich und gründlich, so dass alle Theilnehmer zufrieden waren. Nur erwies sich die Zeit von 20 Minuten namentlich für die officiellen Themata als gewöhnlich zu kurz. Die lokale Behandlung der Larynxtuberculose, Kehlkopfkrebs, Nebenhöhleneiterung und Stimmstörungen bei Sängern verlangen sehr ausführliche Referate, sollen sie sich nicht auf allgemeine Phrasen beschränken. Es wurde denn auch den Berichterstattern fast immer die Zeit bedeutend verlängert. An alle officiellen Themata schlossen sich lange anregende Debatten, welche immer in der civilsten Form geführt wurden. Auch gab es selbst bei der Frage der lokalen Behandlung der Larynxtuberculose keine heftigen Gegensätze mehr, weil alle Redner sie im Principe als berechtigt anerkannten, aber nur auf genaue Auswahl der Fälle drangen und vor übermässigen Hoffnungen warnten. Das beste Zeichen für die allgemeine Mässigung in der Anwendung dieser Art der Therapie lag darin, dass Heryng gar nicht das Wort ergriff. Er war zufrieden, dass Niemand principiell seinen Standpunkt angriff.

Die Frage der Röntgenstrahlen wurde nicht ausführlich behandelt, da Macintyre und Mount-Bleyer abwesend waren. Die von Hutchinson demonstrirten Photogramme Macintyre's zeigten nichts Neues. Bei der Carcinomdebatte fiel auf, dass Krause für die Totalexstirpation des Larynx auch bei wenig ausgebreiteter Neubildung sprach; doch fand er damit wenig Anklang, da die meisten Redner den grossen Werth der Frühdiagnose betonten, welche eben die partiellen Exstirpationen zu radicalen macht. Sehr anregend war das Thema der Oesophagoscopie durch von Hacker vorgetragen, so dass zu hoffen ist, dass dieser Zweig unserer Specialität künftighin mehr Anwendung finden wird. Bei der mit der pädiatrischen Section zusammen abgehaltenen Sitzung wurde der Werth der Serotherapie bei Diphtherie unbestritten anerkannt.

Dieses reiche Programm nebst vielen eingeschobenen kleineren Mittheilungen fesselte denn auch die Theilnehmer, so dass der Besuch der Sitzungen ein sehr guter war.

Die Anknüpfung persönlicher Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern beförderten ausserdem die gemeinschaftlichen Diners. Das erste gaben die beiden Leiter unserer Section, Stepanow und Belayéff, in dem vornehmsten Sommerlokale Moskau's; das zweite veranstaltete von Stein in seiner Klinik; das dritte fand in dem prächtigen Petrowsko-Rasumowskoje-Park im Freien statt; hier waren wir Gäste der Moskauer oto-laryngologischen Gesellschaft. Zuletzt fand das

Sectionsdiner statt. Ueberall zeigte sich das Streben den Gästen angenehm zu sein, und überall wurde dem Gedanken der Verbrüderung auf dem Boden der Wissenschaft beredter Ausdruck verschafft, da es nicht an Toasten mangelte.

Grossartig war die brüderliche Vereinigung in den Kaufhallen am rothen Platze am Abend des ersten Congresstages. Die Moskauer Aerzte versorgten die Congressisten nicht blos mit leiblicher Nahrung, sondern ergötzten auch Auge und Ohr durch Productionen der weltberühmten russischen, kleinrussischen, Zigeuner- und Kosakenchöre. Am 27. August wurde noch den Ehrenpräsidenten und anderen hervorragenden Mitgliedern die Ehre zu Theil, von Seiner kaiserlichen Hoheit dem Grossfürsten Sergius Alexandrowitsch in dem Garten seines Palais empfangen zu merden. Ueber die Feste in Petersburg kann ich nichts berichten, da ich von Moskau direkt nach Hause reiste. Jedenfalls werden wir Laryngologen mit Freuden an den gelungenen Verlauf des Congresses zurückdenken und uns immer mit Dankbarkeit an Stepanow und Belayéff erinnern, welche eine musterhafte Eintheilung des Stoffes der Verhandlungen zu Stande brachten und deren Durchführung unermüdlich überwachten. Wir werden aber auch mit Genugthuung Zeugniss ablegen können, dass in Russland die Laryngologie und Rhinologie ausgezeichnete Vertreter besitzt, denen theilweise glänzend ausgestattete Kliniken zur Verfügung stehen, welche von den Studenten fleissig besucht werden.

O. Chiari.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **F. de Havilland Hall. Lettsom-Vorträge über die Krankheiten der Nase und des Halses in Beziehung zur allgemeinen Medicin. (Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine.)** *British Medical Journal. 6., 20. Februar und 6. März 1897. Lancet. 6. u. 13. Februar 1897.*

Zum zweiten Male innerhalb zweier Jahre sind die Lettsomian Lectures uns interessirenden Fragen gewidmet (vergl. Centralblatt XII. S. 437). Diesmal hat Hall den Zusammenhang von Hals- und Nasenleiden mit Allgemeinkrankheiten zum Gegenstande seiner Vorträge gewählt und an drei Abenden eine zusammenhängende gewissenhafte Schilderung unseres jetzigen Wissens über diese wichtigen Fragen gegeben, deren Studien im Original allen Lesern des Centralbattes dringend empfohlen sei. Hall's Stellung als innerer Kliniker des Westminster Hospitals, gepaart mit dem Umstande, dass er seit 25 Jahren den Krankheiten der Nase und des Halses die Aufmerksamkeit des Specialisten schenkt, befähigt ihn, wie er selbst in dem Eingange seiner Vorträge hervorhebt, ganz ausnahms-

weise dazu, die einschlägigen wichtigen Fragen in objectiver Weise, d. h. gleich weit entfernt von der Einseitigkeit des Specialisten und der mangelnden Specialkenntniss zu vieler innerer Kliniker zu betrachten. Das Ergebniss ist eine sehr dankenswerthe Zusammenfassung unseres ganzen heutigen Wissens über die Betheiligung der oberen Luftwege bei Allgemeinkrankheiten, die jedoch nicht eine blosse Aufzählung von Symptomen darstellt, sondern mit einer eingehenden kritischen Würdigung der verschiedenen Ansichten nach den Erfahrungen des Vortragenden gepaart ist. Der erste Vortrag behandelte nach einigen einleitenden Bemerkungen die Hals- und Nasensymptome der acuten Infectionskrankheiten, Pocken, Varicele, Masern, Rötheln, Influenza, Keuchhusten, Abdominaltypus, Erysipelas.

Im zweiten Vortrage wurden die Symptome seitens der oberen Luftwege bei Mycosis fungoides, Rheumatismus, Gicht, Osteo-arthritis, Leukämie, Lymphadenom und Affectionen des Lymphgefässsystems im Allgemeinen, Hämoptysis, Bronchitis, Asthma, Emphysem, Pneumonie, Krankheiten des Circulationssystems und Basedow'sche Krankheit besprochen. In diesem Vortrage fand auch die Frage der Thoraxformation eingehende Besprechung.

Im letzten Vortrage endlich kamen Aneurysmen der Aorta, Erkrankungen des Digestionstracts, der Leber, die Bright'sche Krankheit, Tabes, Syringomyelie, Paralysis agitans, progressive Bulbärparalyse, Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie und Melancholie, Kopfschmerzen, Meningitis und Gehirnabscesse, Gehirnblutungen und die bei diesen Leiden beobachteten Symptome zur Besprechung. Die ganze Uebersicht ist durch reichste internationale Literaturkenntniss und freimüthiges und bestimmtes eigenes Urtheil ausgezeichnet. Sie wird hoffentlich, wie die Cheyne'schen Lettsomvorträge, in separater Form im Buchhandel erscheinen und ihre Lecture sei allen Fachgenossen warm empfohlen. SEMON.

2) **F. S. Milbury. Die Beziehung der Erkrankungen der oberen Luftwege zu den Ohrenkrankheiten. (The relation of affections of the upper air passages to diseases of the ear.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

3) **J. C. Ewing. Die Erkältung; ihre Ursache und Verhütung. (Catching cold; its cause and prevention.)** *Journ. Am. Med. Association. 16. Januar 1897.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **W. O. Hermance. Erkältungen. (Colds.)** *Philadelphia Polyclinic. 16. Januar 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **J. H. Martindale. Die Erkältung. (Catching cold.)** *Northwestern Lancet. 15. März 1897.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **G. H. Thompson. Einige Bemerkungen über den Catarrh. (Some remarks on catarrh.)** *Americ. Journ. of Surg. and Gynaecology. Januar 1897.*

Verf. rühmt das Glycothymolen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

7) **O. Lindenthal. Ueber die sporadische Influenza.** *Wiener klin. Wochenschr. 1897. No. 15.*

Aus der äusserst interessanten und ausführlichen Arbeit möchte ich nur die Stellen bezüglich der Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase bei Influenza hervorheben. Verf. sagt, die genannten Entzündungen betreffend: dass dieselben nicht nur sehr häufig, sondern sogar zweifelsohne in fast allen Fällen durch den Influenzabacillus allein bedingt sind, dass es aber hierbei nicht selten zu Secundärinfection mit Pneumoniekokken oder anderen Eitererregern kommen kann.

CHIARI.

8) **Gabrielle v. Engle. Der Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. (The influence of influenza on the female organism.)** *N. Y. Medical Record. 3. April 1897.*

Der Einfluss der Influenza auf das Genitalsystem ist ein so erheblicher, dass er nach Verf.'s Ansicht sogar zu „schweren nationalen und ökonomischen Fragen" Anlass geben kann.

LEFFERTS.

9) **C. G. Kerley. Acute, nicht-specifische Entzündung des oberen Respirationstractus. (Acute, non-specific inflammation of the upper respiratory tract.)** *Arch. Pediatrics (N. Y.). April 1897.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **Z. Dmochowski. Beitrag zur Frage der croupösen Entzündung des oberen Abschnittes der Luftwege. (Przyczynek do kwestyi krupu górnych dróg oddechowych jako samodzielnej postaci chorobowej.)** *Nowiny lekarskie. No. 2. 1897.*

Verf. beobachtete 5 derartige Fälle. In einem beschränkte sich der Process ausschliesslich auf das Cavum naso-pharyngeale, in einem waren die Nase, der Nasopharynx und die Gaumentonsille afficirt, im dritten die untere Fläche der Zunge; in zwei Fällen schliesslich beschränkte sich das Leiden auf die Nasenhöhle. Drei Fälle entstanden spontan, einer nach Masern und einer nach katarrhalischer Pneumonie bei Kindern. Nur in zwei Fällen wurde eine genaue bacteriologische Untersuchung vorgenommen, dabei jedoch keine Diphtheriebacillen gefunden. Verf. kommt auf Grund seiner Fälle, wie auch der ganzen Literatur, die er sehr genau und kritisch bespricht, zu dem Resultate, dass die croupöse Entzündung der oberen Luftwege nicht nur durch die Löffler'schen Bacillen, sondern auch durch andere Keime, welche einen gewissen Grad von Malignität erreichen, hervorgerufen werden kann.

A. SOKOLOWSKI.

11) **C. C. Rice. Das Cigarettenrauchen und seine Wirkung auf den Hals. (Cigarette smoking and its effects on throat.)** *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1897. Med. Journal. 13. Februar 1897.*

Verf. sah bei jungen Leuten in Folge des excessiven Cigarettenrauchens atrophischen Katarrh und Congestion des Kehlkopfs und der Trachea mit Husten. Die atrophische Rhinitis hatte einen von dem gewöhnlichen abweichenden Typus, der deshalb wohl mit dem Cigarettenrauchen in Verbindung gebracht werden

musste. Bei diesem dringt der Tabak gewöhnlich in die Nase und Trachea und es ist nicht anders zu erwarten, als dass er dort reizend wirkt und die Secrete auftrocknet.

LEFFERTS.

12) **Herman L. Armstrong. Bemerkungen über die Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege. (Facts relative to the treatment of diseases of the upper air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 24. April 1897.*

Die rein symptomatische Behandlung kann nicht Erfolg haben. Mit Seiler's Tabletten, Listerin u. s. w. ist meistens ebensowenig etwas auszurichten, wie eine bloss reinigende Lösung je eine Form von katarrhalischer Entzündung der oberen Luftwege heilt. Etwa 80 pCt. aller dieser Katarrhe ist durch eine locale Reizursache bedingt; in 20 pCt. etwa liegt eine ererbte oder erworbene Kachexie zu Grunde. Verf. entwickelt dann seine Anschauungen über die nothwendige locale Therapie.

LEFFERTS.

13) **J. Müller** (Wien-Karlsbad). **Ueber eine neue Behandlungsmethode der Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 4.*

Nach einer geschichtlichen Einleitung über Zerstäubungen kommt Verf. auf den von ihm construirten Zerstäubungsapparat mit Verwendung einer modificirten Körting'schen Düse zu sprechen, mittelst welcher man beträchtliche Flüssigkeitsmengen in Dunstform überführen kann. Dieser Apparat mit olivenförmigem Ansatze besorgt eine ungefährliche Nasendouche; mit einer Düse in Glockenform versehen, benutzt Verf. den Apparat mit gutem Erfolge bei den verschiedenen Pharynx- und Larynxerkrankungen.

CHIARI.

14) **C. Laker** (Graz). **Die Anwendung der Massage bei den Erkrankungen der Athmungsorgane.** Verlag Deutike. Leipzig und Wien.

Die 75 Seiten haltende Broschüre mit 32 Abbildungen bespricht in der Einleitung die verschiedenen üblichen Behandlungsmethoden des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege und deren Wirkungen, geht sodann auf die Beschreibung der Technik der inneren Schleimhautmassage über, der physiologischen Wirkung derselben, der Indicationen und Heilerfolge. Zum Schlusse widmet Verf. einige Worte der äusseren Massage, so namentlich der Thoraxmassage und der Athmungsgymnastik, wie er solche bei chronischen Bronchialkatarrhen anwendet.

Nach den Erfahrungen des Ref. leistet die innere Schleimhautmassage nicht mehr und nicht weniger als medicamentöse Pinselungen (Wiener klin. Wochenschrift. 1892. No. 42. Wiener med. Presse. 1892. No. 50).

CHIARI.

15) **Price-Brown. Mund- und Nasenathmung; mit Vorstellung von Patienten. (Oral and nasal breathing, with exhibition of patients.)** *Canada Lancet. Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **Löwy** (Budapest). **Verwendung des O'Dwyer'schen Intubationsapparates zur Vollführung der künstlichen Athmung.** *Wiener med. Presse. 1897. No. 1.*

Das Intubationsröhrchen wird mittelst eines Gummischlauches mit einem Blasebalg verbunden, der mit dem Fusse getreten wird.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **G. Elliot Smith** (Sydney N. S. Wales). **Bemerkungen über das Geruchs-Centrum. (Notes on olfactory centre.)** *Transactions 4. Intercolon. Med. Congress 1896.*

In dem Artikel, dessen Inhalt sich für ein Referat nicht eignet, bespricht S. die vergleichende Anatomie des Geruchscentrums. A. J. BRADY.

18) **Ludwika Goldzweig. Beiträge zur Olfactometrie.** *Archiv für Laryngolog. u. Rhinologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Verf., die ihre Versuche mit einem dem Zwaardemaker'schen sehr ähnlichen Olfactometer anstellte, fasst deren Resultate in folgenden Sätzen zusammen.

1. Fieber setzt die Geruchsempfindung herab, so lange die Erhöhung der Körpertemperatur dauert.

2. Cocain setzt nicht nur die Tastempfindung der Nase, sondern auch die echte Geruchsempfindung herab, freilich bisweilen in etwas unregelmässiger Weise.

3. Das Geruchsorgan wird durch anhaltendes Empfinden einer bestimmten Geruchsqualität so ermüdet, dass es dieselbe eine Zeit lang nicht mehr wahrnimmt.

4. Bei verschiedenen Krankheiten, besonders bei solchen nervöser Natur, wird die Geruchswahrnehmung nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ beeinträchtigt.

Die Messung der Geruchswahrnehmungen ist als diagnostisches Hilfsmittel am Krankenbette zu empfehlen. F. KLEMPERER.

19) **Collet. Störungen des Geruchs bei Ohrenkrankheiten. (Des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.)** *Lyon médical. 7. Februar 1897.*

C. constatirte Alterationen des Geruchs und zwar Geruchsverminderung öfter als Anosmie, in der Mehrzahl aller Fälle von Affection der Ohren; sehr häufig kommen sie vor bei den Sklerosen. Dieselben sind zurückzuführen auf die nasalen Affectionen, welche die Ohrenleiden begleiten, oder ihnen sogar vorangehen. C. stellt die Frage auf, ob bei der Sklerose die nasale wie die Ohrenerkrankung nicht der Ausdruck einer trophischen Störung ist. A. CARTAZ.

20) **M. F. Coomes. Wiederherstellung von zwei Nasen. (Reconstruction of two noses.)** *Louisville Med. Monthly. Januar 1897.*

In einem Falle war die Zerstörung der Nase durch eine Explosion verursacht, im zweiten war sie die Folge eines Lupus. Das Resultat der plastischen Operation war in beiden Fällen besser, als es durch künstliche Nasen zu erzielen gewesen wäre. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **Ino O. Roe. Die Correction eingesunkener und sattelförmiger Nasen mittelst subcutan ausgeführter Operationen und ohne Hülfe künstlicher Stützen. (The**

correction of depressed and saddleback deformities of the nose by operations performed subcutaneously without the aid of artificial supports.) *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1897. N. Y. Med. Journal. 13. Februar 1897.*

Die in Rede stehenden Deformitäten waren natürlichen oder traumatischen Ursprungs, und das Vorhandensein eines knöchernen Gerüstes machte die Anwendung metallischer oder anderer künstlicher Stützen unnöthig. Ist der Knochenapparat durch Trauma oder Krankheit zerstört, dann muss eine Prothese angewendet werden. Die Operationen, die R. beschreibt, sind verschieden nach der Besonderheit des Falles; alle aber sind subcutan durchgeführt und mit sorgsamster Asepsis und Antisepsis auch bei der Nachbehandlung. LEFFERTS.

22) **Berger** (Paris). **Die Nasen-Prothese. (La prothèse nasale.)** *Academie de médecine. 9. März 1897.*

B. demonstrirt eine Prothese, deren er sich zum Ersatz des Nasengerüstes bei einem Kranken bediente, dem durch einen Schuss ins Gesicht das Nasenskelett zerstört worden war. Der Apparat, der nach demselben Princip construirt ist, wie der von Martin (Lyon), hat vor letzterem mehrere Vorzüge: er besteht aus zwei beweglichen Stücken, welche eine Regulirung der Länge nach den Bedürfnissen des Falles gestatten. Auch wird er am Skelett nicht durch Stifte fixirt, welche eine Osteitis verursachen können, sondern durch Gabeln, welche sich den Theilen natürlich und ohne Druck anlegen.

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle ergab der Gebrauch des Apparats indessen kein günstiges Resultat und es kam zu einer Zerstörung der Unter-Scheidewand.

Verf. hält danach den Gebrauch der metallischen Prothese überhaupt für einen Nothbehelf, der nur dann herangezogen werden darf, wenn die reine Autoplastik nicht mehr auszureichen vermag.

Delorme (Paris) schliesst sich diesen Sätzen an und erwähnt 3 Fälle, in denen die Prothese nach 3 Monaten wieder entfernt wurde. Die unmittelbaren Resultate sind sehr schön, die späteren Folgen aber nicht befriedigend.

Péan (Paris) bevorzugt für die Autoplastik der Nase die italienische Methode. Die Metallprothese giebt gute Resultate nur bei der Restauration der Knochen, wenn das Periost erhalten ist, zur Stütze des Skeletts. PAUL RAUGÉ.

23) **M. F. Mc. Taggart. Methode zur Correction von Deformitäten in Nase und Ohr. (Method of correcting deformities of the nose and ear.)** *Med. and Surg. Reporter (N. Y.). 3. April 1897.*

Einige allgemeine Directiven; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Gaudier. Geschwulst der Nasenhöhle. (Tumeur des fosses nasales.)** *Nord. Méd. 15. März 1897.*

G. fand bei einem kleinen Knaben mit vorgeschrittener Lungentuberculose und tuberculöser Laryngitis in der linken Nasenseite eine Ulceration am Septum, in der rechten einen haselnussgrossen Tumor. G. dachte an ein Tuberculom der

Nase. Er trug den Tumor mit der kalten Schlinge ab. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Tuberkel, doch keine Riesenzellen und keine Bacillen.

A. CARTAZ.

25) **F. A. Long. Ein grosser fibröser Nasenpolyp. (A large fibrous nasal polypus.)** *Journal Am. Med. Assoc. 16. Januar 1897.*

Die Mahsse betrugen $2^3/_4$ und $1^1/_4$ Zoll. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **D. R. Silver. Fibröser Nasenpolyp. (Fibrous nasal polypus.)** *Journal Am. Med. Assoc. 20. Februar 1897.*

Erwähnenswerth ist, dass der Patient erst 12 Jahre alt war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Péan. Polypen der Nasenhöhle. (Polypes des fosses nasales.)** *Académie de Médecine. 13. April 1897.*

Verf. berichtet über 4 Fälle von Nasenpolypen, bei denen die einfache Abtragung per vias naturales sich als ungenügend erwies. Es musste ein künstlicher Weg geschaffen werden durch Spaltung der Lippe und des Nasenrückens in der Mittellinie und durch Losschälen aller Weichtheile vom knöchernen Nasengerüst. Im ersten Falle handelte es sich um myxo-glanduläre, im zweiten Falle um Gefässpolypen, im dritten um fibröse, im vierten endlich um tuberculöse (?) Polypen.

Zur Verhütung von Recidiven begnügt sich P. nicht mit der Entfernung aller Tumoren, sondern er trägt auch die Ansatzstelle der Schleimhaut ab.

Bemerkt zu werden verdient, dass in der ganzen Mittheilung von der kalten oder der Glüh-Schlinge gar nicht die Rede ist; es zeigt sich wieder einmal, wie weit die Ansichten der Chirurgen und die der Rhinologen im Gebiete der Nasenchirurgie noch immer auseinandergehen. PAUL RAUGÉ.

28) **E. Baumgarten. Grosser Choanalpolyp bei einem 14jährigen Mädchen.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte. Februar 1897.

Der Polyp füllte den Nasenrachenraum aus und hatte ausserdem einen fingerlangen Fortsatz, der hinter dem Velum erschien. Nach Operation mit der Schlinge Inactivitätsparese des Gaumens. v. NAVRATIL.

29) **Briau** (Lyon). **Chondrom der fibrösen Nasenknorpel. (Chondrome des fibro-cartilages du nez.)** *Société de Médecine de Lyon. 5. April 1897.*

Vorstellung des wegen eines voluminösen Nasentumors von Prof. Poncet operirten Kranken. Derselbe, ein 50jähriger Mann, hatte seit 1883 ein kleines Knötchen an der Innenfläche des linken Nasenflügels gezeigt. Unter dem Einfluss von Aetzungen wuchs der Tumor; an der Nase bildete sich schliesslich ein granulirter, rother gefässreicher Appendix. Nach Incision der Haut wurden die chondromatösen Geschwulstmassen enucleirt. Die Heilung erfolgte per primam.

PAUL RAUGÉ.

30) **G. H. Mackenzie. Ein Fall von diffuser papillomatöser Degeneration der Nasenschleimhaut; mit Abbildung. (A case of diffuse papillomatous degeneration of the nasal mucous membrane. Illustrated.)** *Lancet. 15. Aug. 1896.*

Auf der Nasenschleimhaut des 30jährigen Patienten waren beiderseits

massenhafte kleine Geschwülstchen von Nadelkopfgrösse und etwas darüber zu sehen. Dieselben wurden mit der kalten Schlinge und der Curette entfernt.

ADOLPH BRONNER.

31) **Ludwig Hellmann** (Würzburg). **Papilloma durum der Nasen- und Stirnhöhlenschleimhaut. Uebergang in Carcinom. (Mit Rücksicht auf die Casuistik des harten Papilloms.)** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. 6. H. 2. 1897.*

Der klinisch und histologisch sehr sorgfältig beschriebene Fall ist von Bedeutung einmal durch das bisher kaum beobachtete Uebergreifen der harten Papillome auf die Stirnhöhlenschleimhaut und zweitens durch das Ausgehen in Carcinom. H. nimmt bez. des letzteren Punktes den Uebergang einer gutartigen Geschwulst in Malignität an. Er hält die „primäre Gutartigkeit der harten Papillome" in seinem Falle für „histologisch und klinisch sicher" erwiesen. Dies ist der springende Punkt: Ist das Papilloma durum wirklich gutartig oder trägt es den Keim der Malignität bereits in sich? Weitere Studien über die als Papilloma durum der Nasenschleimhaut bezeichnete Geschwulstart, über die immerhin noch wenig Untersuchungen vorliegen, werden hierüber entscheiden müssen.

F. KLEMPERER.

32) **M. Zeitlin. Zur Casuistik des Rhinoscleroms. (K kasuistike rinoskleromi.)** *Ejinedelnik. No. 13. 1897.*

Sehr mangelhafte Beschreibung eines Falles des in Russland, namentlich im nördlichen Theile, sehr selten anzutreffenden Leidens.

T. HELLAT.

33) **Strauss** (Darmstadt). **Ueber Sarcome der Nase.** Dissert. Würzburg. 1897.

1. Rundzellensarkom bei einem 48jährigen Manne, offenbar von den Siebbeinzellen der rechten Seite ausgehend. Radikaloperation durch Aufklappen der Nase. Pat. starb am 5. Tage nach der Operation an einer Pneumonie.

2. Rundzellensarkom bei einem 50jährigen Manne von der linken Fläche des Septum osseum ausgehend. Radikaloperation wie im ersten Falle. Nach 2 Jahren Pat. frei von Recidiv.

SEIFERT.

34) **James W. Barrett** (Melbourne Victoria). **Ein Fall von Sarcom der Nase. (A case of sarcoma of the nose.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Mai 1897.*

Pat. war 19 Jahre alt. Die rechte Nasenseite erfüllte eine grosse Geschwulst, die beim Untersuchen leicht blutete. Zeichen von Nasenverstopfung bestanden seit 2 Jahren. B. versuchte die Abtragung mit der kalten Schlinge, konnte aber nur einen Theil der Geschwulst entfernen, worauf eine starke Blutung folgte. Dr. Ryan machte später die Radicaloperation. Er unterband die Carotis externa, machte die Laryngotomie und entfernte dann ein Stück des Oberkiefers oberhalb des harten Gaumens. Der Tumor, der mit einer festen und breiten Basis am Keilbeinkörper inserirte, wurde theils mit der Scheere, theils mit dem Raspatorium abgetragen. Die Blutung war so stark, dass die Wunde tamponirt werden musste und die Operation am nächsten Tage beendet wurde. Die mikroskopische Unter-

suchung des Tumors zeigte viel Bindegewebe und ein wahrscheinlich elastisches Gewebe (Fibrom des Nasopharynx? Ref.). Der Patient genas. A. J. BRADY.

35) **D. Milton Greene. Ein Fall von Carcinom und Sarcom der Nase. (A case of carcinoma and sarcoma of the nose.)** *N. Y. Medical News. 6. Februar 1897.*

Zweimalige eingreifende Operation innerhalb eines Monats; schnelles Recidiv und Tod. Die Section gab über die weite Ausbreitung der malignen Geschwulst Aufschluss. LEFFERTS.

36) **J. Comby. Der Nasenrachencatarrh bei Kindern. (Le catarrhe naso-pharyngien chez les enfants.)** *Médecine moderne. 3. Februar 1897.*

Man beobachtet oft bei Kindern Anfälle von Stickhusten, am häufigsten in der Nacht, die zuerst an Bronchitis, an Keuchhusten oder an Mediastinaldrüsenerkrankung denken lassen. In solchen Fällen soll immer Nase und Rachen untersucht werden. Nicht selten findet man dort die Ursache des hartnäckigen Hustens in einer Coryza mit mehr oder weniger vollständiger Nasenverstopfung, in Nasenrachencatarrh mit schleimig-eitrigem Secret, das in den Kehlkopfeingang fällt, u. ähnl. m.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. die Reinigung des Nasopharynx nicht mit dem Weber'schen Siphon, den er für gefährlich für das Ohr hält, sondern mittelst Einpulverungen. Besonders aber empfiehlt er die Instillation von 1 oder 2 Tropfen Mentholöl (1 : 30 od. 40).

Die Arbeit scheint hauptsächlich zur Betonung von Prioritätsansprüchen geschrieben zu sein. Verf. erinnert daran, dass er in seinem Traité des maladies de l'enfance und seinem Formulaire schon vor den Schilderungen von W. C. Phillipps (Soc. d. med. N.Y. 28. Septbr. 96), von René Millon (Soc. med. du IX. arrond. 18. Octob. 96) und von Gaston (Journ. de clin. et thérap. infant. 18. Decemb. 96) auf die Bedeutung des Nasenrachencatarrhs hingewiesen hat. PAUL RAUGÉ.

37) **Eloy** (Eastbourne). **Behandlung des acuten Nasenrachencatarrhs. (Traitement du catarrhe naso-pharyngien aigu.)** *Revue internat. de rhinologie, otologie etc. No. 1. Januar 1897.*

E. behandelt die Krankheit mittelst subcutaner Injection von $^1/_2$ mg Atropin. sulfur. und 1 cg Morphin, die in 10—20 Tropfen Aq. destill. gelöst sind. Innerhalb weniger Minuten sollen alle Symptome schwinden. E. J. MOORE.

38) **A. Napier** (Glasgow). **Ein Fall von Lupus im Nasenrachenraum bei einem Syphilitiker, behandelt hauptsächlich mit Tuberculin. (Case of lupus of nasopharynx in a syphilitic subject treated mainly by tuberculin.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1897.*

Es bestanden sehr ausgedehnte Zerstörungen der Nase und des Gaumens. Nach Tuberculingebrauch trat unter allgemeinen Reactionen Vernarbung ein.

P. MC. BRIDE.

39) **Broca. Schleimpolyp des Nasenrachenraums. (Polype muqueux naso-pharyngien.)** *Gaz. hebd. Paris. 14. Januar 1897.*

Schleimpolyp im Rachen bei einem 11jährigen Knaben, dem früher schon mehrere Nasenpolypen entfernt worden waren. Der Polyp hatte den Umfang eines Fingers. Er wurde mit der kalten Schlinge ohne weitere Störung abgetragen.

A. CARTAZ.

40) **Pl. Tichow. Von der Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen vermittelst Elektrolyse und der Ollier'schen Operation. (O letschenii nosoglototschnich fibrosnich polipow electrolisom i operazijei Ollier.)** *Medizinskoe obosrenie. März 1897.*

Mittheilung von 2 stark vernachlässigten Nasenrachenpolypen, bei denen durch Elektrolyse necrotische Abstossung der Geschwulstmassen und dadurch die Möglichkeit zur Nahrungsaufnahme und Hebung des Kräftezustandes erreicht wurde. Zugleich wurde dadurch in einem Falle die Möglichkeit zur Ausführung der Radicaloperation nach Ollier angebahnt. Zur Verwendung kamen bis 20 Elemente.

P. HELLAT.

41) **Gaudier. Stückweise Abtragung eines Nasenrachenraumpolypen. (Ablation par morcellement d'un polype naso-pharyngien.)** *Soc. de Médecine de Lille. 12. Februar 1897.*

Nasenrachenpolyp mit nasaler Insertion bei einem 11jährigen Knaben. Häufige Blutung. Stückweise Abtragung nach vorheriger Tamponade des Rachens. Die Untersuchung der Geschwulst ergab ein telangiectatisches Fibrosarcom.

A. CARTAZ.

42) **Rasumowsky** (Kasan). **Die Operation der Nasenrachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 54. Bd. 2. H. 1897.*

Die präventive Tracheotomie kam unter 8 Operationen 4mal zur Anwendung. Alle Patienten wurden geheilt

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

43) **Andérodias. Ein Fall von acuter Ranula. (Un cas de grenouillette aigue.)** *Soc. d'Anatom. et de Physiolog. de Bordeaux. Journal de méd. de Bordeaux. No. 16. Februar 1897.*

Verf. stellt eine 42jährige Frau vor, die auf der rechten Seite der Regio suprahyoidea eine sehr schmerzhafte Schwellung hat, welche den Eindruck eines Oedems macht. Auch vom Mundboden aus ist eine ödematöse Schwellung wahrzunehmen. Das Schlucken ist fast unmöglich, die Stimme rauh; ferner besteht eine Constriction der Kiefer und Behinderung der Athmung. Verf. hält die Schwellung für eine acute Ranula und schlägt eine Incision von der Regio suprahyoidea aus vor.

E. J. MOURE.

44) **Morestin. Die Pathogenese der Ranula. (Pathogénie de la grenouillette.)** *Soc. anatom. de Paris. 5. April 1897.*

Verf. führt die Ranula suprahyoidea zurück auf das Bestehen von Fortsätzen der Sublingualdrüse, die sich durch den Muscul. mylo-hyoideus hindurchdrängen.

PAUL RAUGÉ.

45) **Cozzolino** (Neapel). **Die sublinguale Production im Kindesalter. (Riga'sche Krankheit. — Neomembrana ab infectione interna 1881. — Urban-Cardarellische Krankheit. — Aphtha cachectica 1857.)** *Arch. f. Kinderheilk. XXI. 5. 6. 1897.*

Diese besondere Krankheit wird häufig beobachtet in den Provinzen des unteren Italiens, besonders in der Provinz Sannio. Es handelt sich um eine erhabene, graue, perlenartige, linsen- 2 cm grosse, fast $^1/_2$ cm dicke Geschwulst, welche stets an der unteren Zungenfläche und auf dem Frenulum derselben liegt. Die Geschwulst stellt ein Papillom dar, welches als Folge des von den beiden unteren mittleren Schneidezähnen ausgelösten Reizzustandes zu betrachten ist. Excision, nachfolgende Höllensteinätzung bringt Heilung.

SEIFERT.

46) **L. S. Somers. Studie über die Zungentonsille. (A study of the lingual tonsil.)** *The Laryngoscope. März 1897.*

S. classificirt die verschiedenen Affectionen der Zungentonsille folgendermaassen: 1. Acute Congestion. 2. Einfache acute Entzündung. 3. Peritonsilläre Entzündung. 4. Abscess. 5. Hypertrophie. 6. Acute folliculäre Entzündung. 7. Chronische folliculäre Entzündung. 8. Käsige Degeneration. 9. Syphilis. 10. Neubildung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **Lennox Browne. Ueber den Zungen-Varix. (A note on lingual varix.)** *Lancet. 15. December 1896.*

Bericht über einen von Dr. Allen im American Journal of the Medical Sciences mitgetheilten Fall. Nach einer 9 Monate langen (!!) galvanokaustischen Behandlung verschwanden die Halssymptome.

ADOLPH BRONNER.

48) **J. Hutchinson. Affectionen der Zunge. (Diseases of the tongue.)** *Archives of Surgery. Januar 1897.*

Kurze Krankengeschichten dreier interessanter Zungenaffectionen: 1. Häutige Flecke auf der Zunge. 2. Scheinbare Zeichen von Syphilis auf Haut und Zunge; häutige Flecken auf der Zunge, die späterhin wieder verschwanden. 3. Massige Vergrösserung der Zunge nach Syphilis.

ADOLPH BRONNER.

49) **S. Burton. Ein Todesfall durch Blutung nach Operation wegen festgewachsener Zunge. Sectionsbericht. (A case of death from haemorrhage following operation for tongue-tie. Necropsy.)** *Lancet. 23. Januar 1897.*

Die Hebamme durchschnitt das Zungenbändchen 1 Stunde nach der Geburt des Kindes mit der Scheere. Die Blutung dauerte 2 Tage. Dann wurde eine Ligatur angelegt, doch das Kind starb nach 3 Stunden.

ADOLPH BRONNER.

50) **Lohéac. Zwei Fälle von schwarzer Zunge. (Deux cas de langue noire.)** *Nord. méd. 15. März 1897.*

Der erste Patient, der 84 Jahre alt war, hatte an der Zungenbasis einen schwärzlichen Fleck, der mit haarähnlichen Zotten bedeckt war. Der zweite Fall betrifft eine 40jährige Syphilitica, die im 5. Monat schwanger war. Auch bei ihr bestand nur ein Fleck in der Gegend der Zungentonsille.

A. CARTAZ.

51) **Paul Claisse. Primäre Actinomycose der Zunge. (L'actinomycose linguale primitive.)** *Presse médicale. 31. März 1897.*

Verf. unterscheidet zwei Perioden in der Entwicklung der Krankheit. 1. Die Periode des festen Tumors. Der Tumor ist nussgross, compact, rundlich. Dies Stadium dauert 1—2 Monate. Verwechslungen sind möglich mit beginnendem Krebs und mit Gumma. Die gewöhnlichen Unterscheidungsmerkmale fallen fort; denn die Actinomycose hat begleitende Drüsenschwellung, wie das Carcinom und heilt durch Jodkali, wie die Syphilis.

2. Die Periode der Erweichung. Die Geschwulst wird oberflächlicher, fluctuirend und öffnet sich schliesslich nach aussen. Um diese Zeit gleicht die Affection allen anderen ulcerirten actinomycotischen Geschwülsten.

PAUL RAUGÉ.

52) **Lucien Lofton. Schanker der Zunge. (A chancre of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Februar 1897.*

7jähriger Knabe. Die Untersuchung zeigte rechts vom Zungenbändchen ein unregelmässiges Geschwür, das sich als typischer Schanker erwies. Die Familie gab an, dass der Kleine sich an dieser Stelle gebissen habe; vom wahren Character der Läsion schien sie nichts zu wissen. Die Submaxillardrüsen waren beiderseits geschwollen, rechts aber stärker. Auch im Nacken war starke Drüsenschwellung zu constatiren. Die Eltern des Knaben wurden genau befragt, doch ergab sich nichts von einer Erkrankung ihrerseits.

LEFFERTS.

53) **Du Castel** (Paris). **Lingua geographica und syphilitische Gummata im Rachen. (Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx.)** *Société franç. de dermat. et de syphiligr. 26. April 1897.*

Der Kranke hat gleichzeitig Gummata am Gaumensegel und eine Glossitis exfoliativa. Verf. erörtert die Frage, welche Beziehung zwischen den beiden Affectionen besteht, und kommt zu dem Schlusse, dass eine einfache Coincidenz vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

54) **Dobberstein. Beitrag zur Casuistik der localen Tuberculose.** Dissertation. Königsberg. 1896.

Frau mit primärer Tuberculose an der Zungenspitze, Excision der erkrankten Partieen, Heilung. Möglicherweise Infection dadurch veranlasst, dass sie täglich viele Briefmarken mit der Zunge anzufeuchten hatte.

SEIFERT.

55) **Carrière. Ulcerirter Lupus der Zunge. (Lupus ulcéré de la langue.)** *Soc. d'anatomie et de physiolog. de Bordeaux. Journal de Médecine de Bordeaux. No. 13. März 1897.*

C. stellt ein kleines Mädchen mit Gesichtslupus vor, das zwei tuberculöse

Ulcerationen auf der Zunge zeigt, indurirte Plaques, blassrosa, vollständig schmerzlos. Die mikroskopische Untersuchung hat das Vorhandensein typischer Tuberkel ergeben. Fälle dieser Art sind selten; Spira konnte in seiner These (1895) nur 14 zusammenstellen.

E. J. MOURE.

56) **Bourdette. Ein Fall von Ueberbeweglichkeit der Zunge. Volubilitas linguae. (Un cas de mobilité exagérée de la langue. Volubilitas linguae.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 5. Mai 1897.*

Der 20jährige Patient, der an atrophischer Rhinitis leidet, hat es durch Uebung erlernt, seine Zunge hinter das Gaumensegel zu führen und auf diese Weise seinen Nasenrachenraum zu reinigen. B. hat 3 ähnliche Beobachtungen in der Literatur gefunden.

E. J. MOURE.

57) **W. R. Gowers** (London). **Ein Fall von Lähmung des Nervus quintus. (A case of paralysis of the fifth nerve.)** *Edinburgh Med. Journal. Jan. 1897.*

Eine klinische Vorlesung von hohem Interesse, für ein kurzes Referat aber wenig geeignet. Die complete rechtsseitige Lähmung des Nervus quintus bestand seit 3 Jahren. Der Geschmack war vollständig verschwunden und zwar an allen Theilen, auf der ganzen Zunge wie an den Gaumenbögen. Nach 3 Jahren trat zu der bis dahin isolirten Quintuslähmung auch eine Paralyse des 6. Nerven.

P. Mc BRIDE.

58) **B. Lyonnet** (Lyon). **Hemiatrophie der Zunge. (Hémiatrophie de la langue.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 17. März 1897.*

Der Kranke zeigte eine vollständige Atrophie der linken Zungenhälfte. Es schien sich in diesem Falle nicht um eine centrale Störung am Hypoglossuskern zu handeln, sondern um eine periphere Läsion des Nervenstammes, sei es durch Compression durch geschwollene Drüsen (der Kranke war tuberculös), sei es durch ein Trauma, das bei einer Operation wegen Entzündung der Halsdrüsen, die ein Jahr vorher bei dem Kranken vorgenommen war, dem Hypoglossusstamm vielleicht zugefügt worden war.

PAUL RAUGÉ.

59) **H. Gaudier. Gefässgeschwulst der Zunge. (Tumeur vasculaire de la langue.)** *Bulletin de la Soc. centrale de Méd. du département du Nord. 26. März 1897. Nord. méd. 1. März 1897.*

Kleinnussgrosser Tumor an der Basis der Zunge, links von der Mittellinie. Die Geschwulst ist bläulich, weich, anschwellend, nicht schmerzhaft, auf Druck kleiner werdend.

Abtragung mit der kalten Schlinge; Heilung in 5—6 Tagen. Die anatomische Untersuchung ergiebt die Diagnose: papilläres Angiom.

PAUL RAUGÉ.

60) **T. F. Chavasse. Ein Fall von multiplen Lipomen der Zunge. (Case of multiple lipomata of tongue.)** *British Med. Journal. 17. December 1896.*

Pat., ein alter Mann, wurde in der Midland Medical Society vorgestellt. Das Leiden machte keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden.

ADOLPH BRONNER.

61) **K. Ewald. Cylindrom der Zunge.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 14. 1897.*

36jährige Frau zeigt nahe dem Zungengrunde einen erbsengrossen, auf Druck schmerzhaften Tumor, der incidirt Blut entleerte. Rasches Wachsthum des nicht scharf begrenzten und nirgends exulcerirten Tumors, dessen Schleimhautüberzug stark verdünnt, durchscheinend war. In der Fossa carotica eine harte, bewegliche Drüse tastbar. Histologische Untersuchung ergab: Cylindrom. Detaillirte Schilderung des histologischen Bildes. Exstirpation des Tumors. Heilung p. p. Nach einigen Monaten Recidive. Abermals Exstirpation. Heilung.

Vorführung der 3 in der Literatur beschriebenen Fälle.

Klinische Eigenthümlichkeiten dieser Tumoren sind:

1. Der Sitz am Zungengrund;
2. der Mangel des Durchbruches und der Exulceration;
3. Schmerzhaftigkeit des Tumors bei irradiirten Schmerzen;
4. langsames Wachsthum.

CHIARI.

62) **Miles** (Edinburgh). **Excision der Zunge bei maligner Erkrankung. (Excision of tongue in malignant disease.)** *Scottish Med. and Surg. Journal. Februar 1897.*

Demonstration des Präparates.

P. MC. BRIDE.

63) **Goris** (Brüssel). **Die Chirurgie des Zungenkrebses in seinem Beginne. (La chirurgie du cancer de la langue au début.)** *Revue internationale de rhinologie, otologie etc. No. 2. Februar 1897.*

Verf. verwirft die Abtraguug der Neubildung mit dem Thermocauter und erklärt sich für die Entfernung mit dem Messer in tiefer Chloroformnarkose und in der Rose'schen Stellung (hängender Kopf). In schweren Fällen ist es gut, die Art. lingualis und die A. facialis vorher zu unterbinden. Verf. schildert sein Operationsverfahren, das sich an die Methode von Bardenheuer (Köln) anschliesst.

E. J. MOURE.

64) **J. Praxin** (Kasan). **2 Fälle chirurgischer Behandlung von Zungen- und Mandelkrebs. (Dida slutschaja chirurgitscheskawo letschenija raka jasika i mindalewidnoi jelesi.)** *Wratsch. No. 18. 1897.*

In einem Falle erfolgte am 3. Tage der Tod in Folge eines apoplektischen Insultes, über die anderen fehlen genauere Daten.

P. HELLAT.

65) **W. J. Wheeler. 61 Fälle von partieller und completer Excision der Zunge. (Sixty one cases of partial and complete excision of the tongue.)** *Dublin Medical Journal. April 1897.*

Von 29 der operirten Fälle wurde bekannt, dass die Krankheit recidivirte; 22 andere wurden aus dem Gesicht verloren. Von dem Rest von 10 Fällen ist einer seit 6 Jahren, ein anderer bereits 15 Jahre recidivfrei.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

66) **Noll** (Langenschwalbach). **Ein neuer Mundspatel oder Zungenhalter.** *Zeitschrift. f. prakt. Aerzte. 5. 1897.*

Der Zungenhalter hat eine Z-förmige Gestalt, besitzt eine grössere Schleife für Erwachsene und eine kleinere für Kinder, soll handlich, bequem, leicht und sicher zu desinficiren sein.

SEIFERT.

67) **J. E. Newcomb. Die Beziehung der rheumatischen Diathese zu den gewöhnlichen Halsentzündungen. (The relation of the rheumatic diathesis to the common sore throat inflammations.)** *Atlantic Med. and Surg. Journal. Februar 1897.*

N. glaubt nach seinen persönlichen Erfahrungen, dass die Häufigkeit der ursächlichen Beziehungen von rheumatischer Diathese zu den gewöhnlichen Halsaffectionen weit überschätzt worden ist. Unter 586 Patienten konnte er nur bei 26,2 pCt. in der persönlichen oder Familienanamnese rheumatische Disposition nachweisen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **Edmund Meyer. Bacteriologische Befunde bei Angina lacunaris. (Bacteriological findings in angina lacunaris.)** *N. Y. Med. Record. 13. März 1897.*

Nachweis der verschiedenen Kokken im Secret acut entzündeter Tonsillen, ohne dass sichergestellt ist, dass diese Mikroorganismen die wirkliche Ursache der Affection sind. Negativer Ausfall der Thierexperimente.

LEFFERTS.

69) **J. H. Joy. Die Verbindung von Diphtherie und Scharlach. (The association of diphtheria and scarlet fever.)** *Brit. Med. Journ. 20. Februar 1897.*

Der Autor scheint der Ansicht, dass beide Krankheiten durch dasselbe Virus verursacht sind. Von bacteriologischen Untersuchungen ist aber nichts erwähnt.

ADOLPH BRONNER.

70) **E. Sonnenberg. Ueber Angina scarlatinosa. (O zapaleniu gardzieli ptonicem.)** *Medycyna. No. 15. 1897.*

Allgemeine Bemerkungen über diese Frage.

SOKOLOWSKI.

71) **G. E. Daly. Diphtherie und Scharlach. (Diphtheria and scarlet fever.)** *N. Y. Med. Record. 20. Februar 1897.*

Verf. fand bei allen Scharlachkranken, deren Hals er untersuchte, diphtherieähnliche Bacillen, aber niemals Diphtheriebacillen. Das klinische Krankheitsbild war öfters von echter Diphtherie nicht zu unterscheiden.

LEFFERTS.

72) **Lyon. Acute Halsentzündung nicht-diphtheritischer Natur. (Acute sore throat of non-diphtheritic type.)** *N. Y. Med. Record. 6. Februar 1897.*

Verf. giebt kleine Dosen von Antipyrin oder Chininum sulfuricum, bei rheumatischem Ursprung der Erkrankung grosse Dosen von Salol. Zur localen Behandlung verwendet er Eispillen, ferner ein Gurgelwasser von Borsäure mit etwas Cocain- und Glycerinzusatz oder von Salicylsäure mit Borax und Honig oder von Borax in heissem Wasser gelöst mit Zusatz von Myrrhentinctur und Maulbeerensyrup u. a. m.

LEFFERTS.

73) **Dufaud. Der Gebrauch von Cuprum sulfuricum zur Behandlung der reinen Angina herpetica und zur differentiellen Diagnostik bei complicirten herpetischen Anginen. (De l'emploi du sulfate de cuivre comme moyen de traitement de l'angine herpétique pure et de son application au diagnostic différentiel des angines herpetiques compliquées.)** *Arch. de médecine militaire. März 1897.*

Berührt man die Herpesbläschen mit der Spitze eines Krystalls von schwefelsaurem Kupfer, so verschwindet der Ausschlag in 24 bis 36 Stunden. Bleiben die Pseudomembranen bestehen, so handelt es sich um keinen reinen Herpes der Mandeln, sondern um eine complicirte herpetische Angina. A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

74) **A. M. Gossage. Der Einfluss des Glycerins in dem Culturnährboden auf den Diphtheriebacillus. (The influence of glycerine in culture media on the diphtheria bacillus.)** *Lancet. 15. August 1896.*

Diphtheriebacillen, die auf einem Nährboden mit etwa 5proc. Glycerinzusatz gewachsen sind, zeigen bei der Färbung mit Methylenblau keinen Metachromatismus und erscheinen blau, nicht violett. Verf. benutzt diese Eigenschaft zur Unterscheidung der Löffler'schen Bacillen von anderen. ADOLPH BRONNER.

75) **M. V. Ball. Die Diphtheriefrage und das Gesundheitsamt. (The diphtheria question and the board of health.)** *Philadelphia Polyclinic. 6. Februar 1897.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

76) **E. L. Van Sant. Soll in diphtherieverdächtigen Fällen das Untersuchungsmaterial zur Anlegung von Bakterienculturen ebenso aus der Nase, wie aus dem Halse entnommen werden? (Should cultures for bacteriological examinations be taken from the nasal chambers as well as from the throat in cases of suspected diphtheria?)** *Journal American Med. Assoc. 20. Februar 1897.*

Bericht über 3 Fälle von unzweifelhafter Diphtherie, bei denen die bakteriologische Untersuchung des Halses keine Bacillen ergab.

W. J. SWIFT (LEFFERTS)

77) **E. L. Van Sant. Kurzer Bericht über das Resultat einer bakteriologischen Untersuchung der Nasenschleimhaut bei 100 Fällen mit Nasenausfluss. (A brief report of the results of a bacteriological investigation of the nasal mucous membrane in 100 cases of nasal discharge.)** *Journal American Med. Assoc. 27. Februar 1897.*

Mit grosser Sorgfalt wurden alle Fälle ausgeschlossen, in denen klinisch irgend ein Verdacht auf Diphtherie bestand. Es wurden 113 Culturen von 110 Patienten angelegt. Diphtheriebacillen fanden sich in 30 Culturen von 26 Patienten; von diesen litten 11 an chronischer atrophischer Rhinitis!

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

78) **Paul Roger. Betrachtungen über die toxische Diphtherie. (Essai sur la diphthérie toxique.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Die toxische Diphtherie tritt in 2 Formen a) als subacute, hypertoxische Form, diese ist fast ausnahmslos letal; sie wird charakterisirt durch das Ueberwiegen der toxischen Allgemeinsymptome über die Lokalerscheinungen; b) als toxische Form, deren Symptome nicht wesentlich verschieden sind, die aber von längerer Dauer ist, so dass Pseudomembranen sich entwickeln und ausbreiten können. Fast stets bleibt der Larynx bei dieser Form verschont

Diese Formen sind weder epidemisch noch contagiös in ihrer besonderen Art, d. h. sie können als benigne Formen übertragen werden und auch durch Contagion mit solchen entstanden sein. Sie betreffen mit Vorliebe physisch geschwächte Individuen.

Nach den Erfahrungen, die Verf. auf der Abtheilung von Variot gesammelt hat, giebt die bakteriologische Untersuchung über den Verlauf und Ausgang der Krankheit keinen Aufschluss. Bei hypertoxischen Fällen wirkt das Serum nicht.

A. CARTAZ.

79) **D. P. Richardson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Oklahoma Med. Journal. Februar 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **P. C. Sutphier. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Charlotte Medical Journal. Februar 1897.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

81) **J. W. Stevens** und **C. D. Parfitt. Drei Fälle von hämorrhagischer Diphtheritis. (Three cases of haemorrhagic diphtheria.)** *British Medical Journal. 6. Februar 1897.*

Unter hämorrhagischer Diphtheritis verstehen die Autoren Diphtheritis begleitet von Blutungen von den Schleimhäuten und Ecchymosen in der Haut. Sie setzen in ihrem am 2. Februar 1897 vor der Pathological Society of London gehaltenen Vortrage auseinander, dass in tödtlichen Fällen von Diphtheritis sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus oft im Herzblut, den Lungen, der Milz, den Lymphdrüsen, den Nieren und anderen Organen finden lässt; dass aber in den meisten tödtlich verlaufenden Fällen additionell eine Blutinfektion mit pyogenen Kokken, speciell Streptokokken, vorliegt, welche die Schwere des Leidens verschlimmert. Sie berichten drei Fälle hämorrhagischer Diphtherie, in welchen in einem Falle Septicämie durch den Diphtheriebacillus, in einem anderen durch den Pneumococcus, und im dritten durch eine Mischinfektion von Diphtheriebacillen und Streptokokken verursacht war.

In der Discussion bemerkte Dr. Kanthack, dass solche Resultate nur durch systematische bakteriologische Untersuchung am Leichentisch erzielt werden könnten. Der Tod bei der Diphtheritis erfolge gewöhnlich als Resultat von Mischinfektion, man müsse nunmehr anerkennen, dass Diphtheriebacillen in die Gewebe des Körpers eindringen. SEMON.

82) **Rimini. Pyämie nach acuter Mittelohrentzündung im Gefolge von Diphtheritis. (Pyemia in the sequence of acute inflammation of the middle ear following diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 6. Februar 1897.*

Mittheilung der Krankengeschichte. LEFFERTS.

83) **Wm. S. Thayer. Lähmung nach Diphtheritis. (Post-diphtheritic paralysis.)** *Maryland Med. Journ. 9. Januar 1897.*

Klinische Vorlesung; nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

84) **P. M. Ashburn. Späte postdiphtheritische Lähmung mit letalem Ausgang. (Late fatal post-diphtheritic paralysis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 27. Februar 1897.*

Krankengeschichte einer 25jährigen Frau, die im Januar 1896 Diphtherie hatte und damals 3 Wochen unter den ausgesprochenen Symptomen einer Toxikämie krank lag. Nach dem Verschwinden der Membranen war die Patientin anämisch und schwach geblieben, es bestand Gaumenlähmung und unregelmässige Herzaction. Strychnin brachte eine allgemeine Besserung, doch blieb die Herzthätigkeit schwach und unregelmässig und gelegentlich traten Anfälle von Dyspnoe auf. Die Patientin starb plötzlich im December. A. führt den Exitus auf das Fortbestehen einer diphtheritischen Neuritis oder Myocarditis zurück. Vor dem Anfall von Diphtherie hatten nie Herzstörungen bestanden und auch nachher war ein Klappenfehler nicht nachweisbar. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **S. E. Henschen** (Upsala). **Acute disseminirte Rückenmarkssklerose mit Neuritis nach Diphtheritis bei einem Kinde. (Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn.)** *Nord. med. Arch. No. 22. 1896.*

Interessanter Fall mit postmortaler Untersuchung von wesentlich neuro-pathologischem Interesse. SCHMIEGELOW.

86) **Manicatide. Lähmung centralen Ursprungs nach Diphtherie. (Paralysis of central origin following diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1897.*

Verf. unterscheidet folgende Arten von diphtheritischer Lähmung: 1. Eine bisher sehr kleine Gruppe, bei der keine Störung der nervösen Substanz, sondern eine reine Muskellähmung vorliegt. 2. Alle Lähmungen mit neuritischen Veränderungen, die gewöhnliche klassische diphtheritische Lähmung, sowie auch die selteneren in der Form der Pseudotabes oder ascendirender Paralyse auftretenden. Die Erkrankung liegt in den peripheren, motorischen oder sensiblen Nerven. 3. Lähmungen medullären Ursprungs, bei denen die graue Substanz (Muskelatrophie) oder die weisse (Tabes; multiple Sklerose) betroffen sein kann. Solche Veränderungen sind experimentell von den Brüdern Crocq, von Hallion und Enriquez erzeugt. 4. Centrale Lähmung in Form der gewöhnlichen Hemiplegie infolge von Embolie oder Blutung in das Hirn bei Herz- oder Gefässerkrankung.

LEFFERTS.

87) **Levi** (Venedig). **Ein Fall von Hemiplegia cerebralis nach Diphtherie.** *Arch. f. Kinderheilk. XXII. Bd. 1. u. 2. Heft. 1897.*

Ein 6jähriges Kind mit gangränöser Diphtherie, das sich langsam von der schweren Erkrankung zu erholen begann, erleidet in der 5. Krankheitswoche einen apoplektischen Insult, der zu linksseitiger Hemiplegie führt. Levi ist geneigt, die Ursache für die Hemiplegie in einer Thrombose der rechten Arteria fossae Sylvii zu suchen.

SEIFERT.

88) **G. B. H. Swayze. Diphtherie? (Is there diphtheria?)** *Saint Louis Med. and Surg. Journal. Februar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

89) **Neumayer. Sterblichkeit bei Diphtheritis unter 1 Procent. (Mortality in diphtheria of less than one per cent.)** *Medical News. 9. Januar 1897.*

Verf. hat seit 1880 977 Fälle von Diphtheritis behandelt und davon nur 6 (= 0,6 pCt. Mortalität) verloren. Seine Behandlung bestand in Gurgeln, Irrigiren und Auswischen mit folgender Lösung

Kal, chloric. 15,0
Aq. calcis 180,0
Decoction of marsh mallow 750,0

1- oder 2stündlich, einige Theelöffel mit dem 3—4fachen Volumen heissen Wasser verdünnt zu gebrauchen.

LEFFERTS.

90) **E. M. Sutton. Eine rationelle Behandlung der Diphtheritis mit oder ohne Serum. (A rational treatment of diphtheria with or without antitoxin.)** *Journal Am. Med. Assoc. 16. Januar 1897.*

Verf. behandelt mit einem 1- oder 2procentigen Cocain-Spray.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Raoul Bayeux. Die Intubation des Kehlkopfs bei Croup. Auto-Intubation, Pathogenese und Prophylaxe. (Tubage du larynx dans le croup, auto-intubation, pathogénie, prophylaxie.)** *Presse méd. 20. Januar 1897.*

Sehr interessante klinische und experimentelle Studie über die spontane Ausstossung der Tube nach der Intubation. B. zeigt an der Hand der Statistiken, dass dieses Ereigniss noch ziemlich häufig vorkommt und dass es gefährlich ist, ein intubirtes Kind ohne Ueberwachung zu lassen. Die anatomische Betrachtung lehrt, dass die engste Stelle des Larynx sich in der Höhe des Ringknorpels befindet. Hat die Tube diese nicht passirt, so wird sie leicht wieder ausgestossen. Nicht die Stimmbänder, sondern der verengte Ring des Cricoidknorpels hält die Tube in ihrer Lage. Den Verhältnissen dieser Enge müssen die Tuben in ihrer Form und Länge besonders angepasst werden. Zu diesem Zweck hat Verf. seine Tuben mit einer besonderen Anschwellung und besonderer Graduirung construirt.

A. CARTAZ.

92) **Nicolas** (Lyon). **Agglutinirende Fähigkeit des Serums von mit Diphtherieheilserum behandelten Personen. (Pouvoir agglutinant du serum des sujets traités par le sérum anti-diphthérique.)** *Société de Biologie. 30. Januar 1897.*

Die agglutinirende Fähigkeit des Blutserums zeigt sich am Tage nach der

Injection von Heilserum und verschwindet nach 2—4 Wochen. Bei Diphtheritischen, die nicht mit Heilserum behandelt sind, fehlt diese Reaction. Zur Diagnose der Diphtherie kann sie demnach nicht verwerthet werden. PAUL RAUGÉ.

93) **T. J. Bokenham. Die relative Stärke verschiedener Diphtheriesera. (The relative strengths of diphtheria antitoxic serums.)** *Lancet. 15. August 1896.*

Eine persönliche Correspondenz des Verf.'s über die Stärke einiger Serumproben. ADOLPH BRONNER.

94) **E. W. Robinson. Der Stand der Serumtherapie, mit besonderer Bezugnahme auf das Diphtherieserum als Typus. (The status of serumtherapy, with especial reference to diphtheria antitoxin as typical.)** *Gaillards Med. Journal. Januar 1897.*

Schlüsse aufgebaut auf den Beobachtungen Anderer. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

95) **C. C. Fite. Antidiphtheritisches und Anti-Streptococcen-Serum; ihre Natur, ihre Herstellungsweise und ihre Anwendung bei Krankheiten. (Anti-diphtheritic and anti-streptococcic serums. Their nature, method of production and application for the relief of disease.)** *North Carolina Medical Journal. 5. Januar 1897.*

Ein Uebersichtsartikel. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

96) **J. Warrack. Fall von Diphtherie mit Serum behandelt; Tracheotomie. (Case of diphtheria, treated with antitoxin, tracheotomy also being performed.)** *Lancet. 19. December 1896.*

Krankengeschichte des Falles. ADOLPH BRONNER.

97) **J. J. Mc Coy. Meine Erfolge bei Diphtheritis. (My success in diphtheria.)** *The Med. Fortnightly. 1. Januar 1897.*

Verf. hält das Serum für ein specifisches Heilmittel; er hat 5 Fälle behandelt und in allen Erfolg gehabt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

98) **J. R. Johns. Gedanken über das Heilserum. (Thoughts on antitoxin.)** *North American Practitioner. Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

99) **W. W. Wheeler. Einige Gedanken über die Diphtherie. (A few thoughts on diphtheria.)** *Med. Brief. Januar 1897.*

Verf. verwirft das Serum. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

100) **J. R. Fassett. Ein Diphtherie-Streit. (A diphtheria encounter.)** *Medical Brief. Februar 1897.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **Wm. L. Johnson. Der Antitoxin-Humbug. (The antitoxin Humbug.)** *Atlantic Med. Weekly. 27. Februar 1897.*

J. abstrahirt aus dem Studium der Literatur und der Statistiken, dass das

Serum kein Specificum, sondern in vielen Fällen dem Patienten direct schädlich ist. Er denuncirt die ganze Serotherapie als „fad, fraud and humbug“.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **A. C. Herman. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis in der Privatpraxis. (The serum-therapy of diphtheria in private practice.)** *Med. News. 20. Februar 1897.*

Krankengeschichten; nichts Neues. LEFFERTS.

103) **Redact. Notiz. Die Statistik über die Behandlung mit Heilserum in Fort Wayne. (Fort Wayne Antitoxin statistics.)** *Fort Wayne Med. Journal Mag. Januar 1897.*

Die Statistik ergiebt eine sehr viel grössere Mortalitätsziffer bei den nicht mit Serum Behandelten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **W. W. Golden. Der gegenwärtige Stand der praktischen Wirksamkeit des Heilserums. (The present status of the practical value of diphtheria antitoxin.)** *Journal of practical Medicine. Januar 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **J. R. Johns. Der membranöse Croup ist mit Diphtherieheilserum zu behandeln. (Membranous croup is diphtheria-antitoxin the treatment.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 8. Januar 1897.*

Die Ueberschrift sagt genug. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **G. M. Wells. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt; Tod durch acute aufsteigende Paralyse. (A case of diphtheria treated with antitoxin; subsequent death from acute ascending paralysis.)** *Medical News. 9. Januar 1897.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

107) **J. M. W. Kitchen. Der Kehldeckel als Nadelkissen. (The epiglottis as a pincushion.)** *N. Y. Medical Record. 3. April 1897.*

Im Kehlkopfspiegel sah man eine Nadelspitze aus der Epiglottis hervorragen.

LEFFERTS.

108) **Cyril Fulton. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *N. Y. Medical Record. 20. Februar 1897.*

Der Fremdkörper — ein Nagel — wurde am nächsten Tage ausgehustet.

LEFFERTS.

109) **Walker Downie** (Glasgow). **Eine Nadel im Kehlkopf, durch Röntgen-Photographie localisirt und durch Eingriff von aussen entfernt. (A case of pin in the larynx, localised by Röntgen photography and removed by external operation.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1897.*

Die Ueberschrift sagt genug. P. MC. BRIDE

110) **Lavrand. Rosenkranz-Perlen in den Luftwegen; Tracheotomie; Extraction am 3. Tage. (Grains de chapelet dans les voies respiratoires, trachéotomie, extraction au troisième jour.)** *Journal d. scienc. méd. de Lille. 9. Januar 1897.*

Der Titel erklärt den Fall. A. CARTAZ.

111) **John Bark** (Liverpool). **Fremdkörper in der Trachea. Tracheotomie. (Foreign body in the trachea; tracheotomy.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1897.*

Der Fremdkörper war ein Pflaumenstein; sein Eindringen in die Athemwege war unsicher. Hauptsymptome waren bronchitische Geräusche. Der Stein wurde durch die besonders lange Tracheotomiewunde ausgehustet. P. MC. BRIDE.

112) **Luke Fleming. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Medical Record. 19. März 1897.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

113) **Sir Duncan Littlejohn** (Edinburgh). **Fälle von Durchschneidung des Halses. (Cases of cut throat.)** *Scottish Med. and Surg. Journal. Februar 1897.*

Demonstration eines Präparates, bei dem noch der Oesophagus angeschnitten war. P. MC. BRIDE.

114) **A. W. de Roaldes. Ein Fall von unvollständiger Fractur des linken Horns des Schildknorpels infolge von Selbstverletzung. (Report of a case of incomplete fracture of the left cornu of the thyreoid cartilage, resulting from self-inflicted violence.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1897.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 18. Congresses der American Laryngological association (Centralbl. XIII. pag. 228). LEFFERTS.

115) **Szigeti. Selbstmord durch Autoexstirpation des Kehlkopfes.** *Vierteljahrsschrift f. ger. Med. 1896. 4. H. Referat in Wiener medicin. Wochenschrift. 1897. No. 15.*

42jährige Frau wird in einer Badecabine sterbend aufgefunden. Ihr Kehlkopf lag in einer Blutlache auf dem Fussboden. Exitus nach 8 Stunden unter den Erscheinungen einer Gehirnanämie. Da beide Fusssohlen der Frau blutig waren, hatte sie offenbar noch die Kraft gehabt, einige Schritte zu gehen. CHIARI.

116) **Reineboth. Ein Fall von Tod eines Tracheotomirten durch Erhängen.** *Vierteljahrsschrift f. ger. Med. u. öffentlich. Ges.-Pflege. 3. Bd. IX. Wiener med. Presse. 1897. No. 6.*

Der strangulirende Strick kam oberhalb der Canüle zu liegen. Ebenso rasche Bewusstlosigkeit wie bei der gewöhnlichen Suspension. CHIARI.

117) **N. Michailow. Theorie und Praxis der Tracheotomie. (Teorija i praktika tracheotomii.)** *Woenno-medizinskii journal. Januar 1897.*

Die Abhandlung bringt verschiedene practisch wichtige Fragen zur Sprache, die jedoch mehr chirurgisches Interesse haben. P. HELLAT.

118) **Kofmann** (Odessa). **Drainrohr als Trachealcanüle.** *Centralbl. f. Chirurgie. 14. 1897.*

K. empfiehlt ein etwa 8 cm langes, $^1/_2$ cm weites Drainrohr, das zur Bildung des Schildes $1^1/_2$ cm lang in 2 Hälften getheilt wird, die durch Schienen seitlich gehalten werden, für solche Fälle, in denen die Patienten die Canüle sehr lange Zeit tragen mussten.

SEIFERT.

119) **Lermoyez** und **A. Gruier. Laryngotomia intercrico-thyreoidea; Nekrose des Ringknorpels durch Decubitus; Bildung eines falschen Weges und Tod. (Laryngotomie intercricothyroidienne. Nécrose par décubitus du chaton cricoidien. Fausse route cricoidienne. Mort.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 1. Januar 1897.*

Die Verff. erkennen an, dass die Thyrotomie gegenüber der Tracheotomie Vortheile bietet für den Operateur und den Patienten. Aber auch die Thyrotomie ist nicht ganz frei von Zufällen. Die Verff. berichten über einen Fall, in dem der Contact der Canüle eine Nekrose des Ringknorpels verschuldete und eine Höhlung entstand, in der die Canüle sich fing. Der Kranke starb in Asphyxie.

E. J. MOURE.

120) **Edmund Meyer** (Berlin). **Narbige Kehlkopfstenose.** Demonstrat. in der Berliner med. Gesellschaft am 16. Juni 1897. — *Berliner klin. Wochenschrift. No. 27. 1897.*

9jähriger Knabe, mit 3 Jahren wegen schwerer Diphtherie tracheotomirt, tritt wegen Kehlkopfstenose in Behandlung. Laryngoskop. Befund: Epiglottis rechts narbig nach rückwärts fixirt, Narbe vom rechten Aryknorpel über die linke Larynxwand zur vorderen Commissur. — O. Dwyer'sche Tube wird ausgehustet. Starke Reaction zwingt zur tiefen Tracheotomie. Weitere Dilatationsversuche mit Hartgummiröhren. Fieberhafte Bronchitis. Exitus. — Autopsie: Ausgedehnte Tuberculose beider Lungen. Narben im Larynx, wie in vivo wahrgenommen. Ausserdem alte Fistel in der Gegend der Ringknorpelplatte zwischen Larynx und Oesophagus, wie Vortr. annimmt, Resultat einer früheren Perichondritis diphtherica mit Sequestrirung eines Stückes der Ringknorpelplatte.

ZARNIKO.

121) **G. Kiaer** (Kopenhagen). **Die mechanische Behandlung der chronischen Larynxstenose. (Den kroniske Larynxstenoses mekaniske Behandling.)** *Hospit.-Tidende. No. 19 u. 20. 1897.*

Verf. giebt zuerst eine Darstellung der Aetiologie der Larynxstenosen. Er erzählt folgenden Fall einer angeborenen Kohlkopfstenose bei einem fünf Wochen alten Knaben, der in der Halsklinik des Kommunespitals zu Kopenhagen von Schmiegelow beobachtet wurde:

I. Seit der Geburt hat das Kind eine stark stenotische Respiration mit cyanotischer Färbung des Gesichtes. Das Kind wurde laryngoscopirt, ohne dass etwas Abnormes entdeckt wurde. Der kleine Patient starb plötzlich kurze Zeit nachher. Bei der postmortalen Untersuchung wurden die Theile des Kehlkopfes normal entwickelt gefunden. Ca. 1 cm unter den Stimmbändern, in der Höhe der

Cart. cricoidea, ist das Lumen zu einer sondenfeinen Oeffnung in Folge einer ringförmigen diaphragmatischen Verdickung der Larynxwände reducirt. Die Stenose lag excentrisch.

Verf. geht danach zu der Behandlung der Larynxstenosen über und theilt folgende von Schmiegelow behandelten Fälle mit.

1. 10jähriges Mädchen. März 1894. Scarlatinöse Diphtheritis. Tracheotomie. Der Larynx war beinahe vollständig verschlossen. Narbige Defecte der Epiglottis und des rechten Lig. aryepiglotticum. Die Stenose lag in der Höhe der Cartilago cricoidea, war knorpelhart und nur sondenfein. Im Sept. 1894 wurde die Laryngofissur und Excision der stenosirenden fibrösen Partien gemacht. Pat. wurde später ambulant mit Bougierung behandelt. Jetzt (Mai 1897) ist sie im Stande, ständig mit zugepfropfter Trachealkanüle zu athmen und spricht laut mit normaler Stimme.

2. 28jährige Frau. Vor 8 Jahren mit Syphilis inficirt. Wegen zunehmender Respirationsschwierigkeiten Tracheotomie am 20. Juni 1894. Perichondritis der Cart. cricoidea. Besserung nach antisyphilitischer Behandlung, aber bedeutende, bleibende subglottische Stenose. Intubation mit der Lefferts'schen Kanüle. Nach 4maliger Einführung derselben ist Pat. im Stande, mit zugeschlossener Kanüle ruhig zu athmen und laut zu sprechen. Die Behandlung wird wegen einer putriden Bronchitis abgebrochen.

3. $2^1/_2$jähriges Mädchen. 11 Monate vorher Tracheotomie wegen Croup. Cyanose und bedeutende Dyspnoe, wenn die Canüle zugestopft ist. Intubation jeden zweiten Tag während 3 Wochen, jedesmal lag die Kanüle nur 10 Minuten in situ. Heilung.

4. 5jähriger Knabe. Ein Jahr vorher Tracheotomie wegen Croup. Wurde mit Kanüle entlassen. Intubation. Die Intubationskanüle lag vom 4. bis 23. Tage im Larynx. Es wurde 7 Mal extubirt, aber jedesmal musste gleich wieder wegen Erstickungsgefahr intubirt werden. Zuletzt wurde die Laryngofissur gemacht und reichliche Granulationsmassen unter den Stimmbändern entfernt. — 3 Wochen nach der Operation kann der Pat. ruhig durch den Larynx Athem ziehen; dies Resultat hat sich jetzt 3 Jahre gut erhalten.

5. 19jähriger Mann. Als 4jähriges Kind tracheotomirt (Croup). Im Laufe der folgenden 15 Jahre wurden mittelst Bougierung, Zinnbolzen, Laryngofissur u. s. w. wiederholt, aber vergebens Versuche gemacht, den Kehlkopf zu kanalisiren. Als Schmiegelow 1896 den Mann untersuchte, war das Innere des Kehlkopfes in der Höhe der Cart. cricoidea mit einem fibrösen Diaphragma ausgefüllt. Nach einer Laryngofissur wurde das Diaphragma excidirt. Das Resultat war eine ganz gute Passage durch den Kehlkopf, sodass die Stimme besser wurde; aber die Trachealkanüle vermochte der Pat. nicht zu entbehren.

6. $3^1/_2$jähriger Knabe. Ein Jahr vorher tracheotomirt wegen Croup. Intubation wegen der Unmöglichkeit des Decanülements. Die Intubation wird täglich gemacht (einige Stunden). Besserung. Pat. kann die Trachealkanüle nicht entbehren, aber die Respiration geht ganz gut auf dem natürlichen Wege vor sich, auch wenn die Kanüle verschlossen ist.

7. $2^1/_4$jähriger Knabe; tracheotomirt wegen Croup; kann die Kanüle, die sehr hoch liegt, nicht entbehren. Es wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht;

darauf Intubation. Später gradweises Zuschliessen der Trachealkanüle mittelst Pfröpfchen. Im Laufe eines Monates Heilung. SCHMIEGELOW.

122) **Ino Rogers. Narbige Kehlkopfstenose mittelst Intubation behandelt. (Laryngeal stenosis [cicatricial] treated by intubation.)** *N. Y. Medical Record. 9. Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

123) **Galatti** (Wien). · **Ueber Narbenstricturen nach Intubation.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1897. No. 1. Referat.*

Verf. spricht über die Entstehung, Bedeutung und Verhütung der infolge der Intubation so häufig vorkommenden Narbenstricturen. Am Schlusse reichliche Literaturangaben. CHIARI.

124) **Pelletier. Die Intubation des Kehlkopfs bei gewissen Formen von nichtdiphtheritischer acuter Laryngitis bei Kindern. (Le tubage du larynx non diphthéritique de l'enfant dans certaines formes de laryngite aigue.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Nichts Besonderes. P. räth, die Intubation bei den suffocativen Laryngitiden, bei denen die medicamentöse Therapie nicht mehr ausreicht, der Tracheotomie vorzuziehen. A. CARTAZ.

125) **A. Josias** (Paris). **Die Tracheotomie und die Intubation bei Masern. (La trachéotomie et le tubage dans la rougeole.)** *La Médecine moderne. 3. März 1897.*

Seit dem Gebrauch des Serums ist die Intubation die Regel bei der Diphtherie geworden. Verf. stellt im Gegensatz hierzu fest, dass bei den Kehlkopfcomplicationen der Masern die Tracheotomie zu bevorzugen ist. Im Hôpital Trousseau ergab die Intubation beklagenswerthe Resultate; alle intubirten Kinder starben theils an Ulcerationen im Larynx, theils an perilaryngealem Abscess, theils an Bronchopneumonie. Die Tracheotomie dagegen ergab mindestens 50 pCt. Heilungen. „Die Tracheotomie immer, die Intubation nie“ lautet die Formel, in der Verf. die operativen Indicationen für die laryngealen Complicationen bei Masern zusammenfasst. PAUL RAUGÉ.

126) **Sevestre. Intubation oder Tracheotomie bei Masern. (Tubage ou trachéotomie dans la rougeole.)** *Société de thérapeutique. 12. März 1897.*

S. wendet sich gegen die Verurtheilung, die Josias der Intubation bei Masern zu Theil werden lässt. Bei den Masern giebt es so wenig, wie anderswo, eine absolute Contraindication gegen die Intubation. Wenn die Tube nur kürzere Zeit liegen zu bleiben braucht und die Stenose nicht diphtheritischer Natur ist, verdient die Intubation den Vorzug. Verf. berichtet über intubirte und geheilte Fälle von Masern. PAUL RAUGÉ.

127) **Doyen** (Reims). **Die Intubation des Kehlkopfs bei den Operationen in der Nasen- und Mundhöhle, an der Pleura und der Lunge. (Du tubage du larynx**

dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon.) *Académie de Médecine. 20. April 1897.*

Bei der Operation von Nasenrachenpolypen, bei Staphylorraphie und bei allen anderen Eingriffen, bei denen das Blut in die Luftwege einzudringen droht, benutzt D. besondere Kanülen zur Intubation des Larynx, die sich mittelst einer gekrümmten Zange beim Erwachsenen, wie beim Kinde leicht einlegen lassen. Dieselben gestatten eine Narkose par distance wie die Trendelenburg'sche Kanüle, so dass man ohne Unterbrechung die delicatesten Operationen zu machen vermag.

PAUL RAUGÉ.

128) **J. O'Dwyer. Erbrechen und Intubation. (Emesis and intubation.)** *N. Y. Medical Record. 20. Februar 1897.*

In Erwiderung auf Hubbard's Brief erklärt O'Dwyer, dass Erbrechen, während die Tube im Kehlkopf liegt — bei offener Glottis also — durchaus nicht ungewöhnlich ist, trotz der entgegengesetzten Lehre der Physiologie.

LEFFERTS.

129) **Chas. L. Greene. Erbrechen und Intubation. (Vomiting and intubation.)** *N. Y. Med. Record. 27. März 1897.*

Der wesentliche Factor für das Zustandekommen der Magenentleerung ist, soweit gegenwärtig der Mechanismus derselben bekannt ist, die feste Contraction und die Fixirung des Diaphragmas; dieselbe hängt ab von der festen Unterstützungsbasis der ausgeweiteten Rippen und diese wieder von der forcirten und festgehaltenen Inspiration. Die fixirte Luftsäule in der Trachea ist daher absolut nothwendig zur Ausführung des Brechactes. Ist dies richtig, so darf man hoffen in verzweifelten Fällen das Erbrechen durch die Intubation oder die Tracheotomie zu verhüten, da der Patient durch diese an der forcirten Inspiration verhindert wird. Die Tube muss freilich für diesen Zweck anders, als die gewöhnlichen Tuben construirt werden, damit die Epiglottis oder andere Theile sie nicht verschliessen können.

LEFFERTS.

130) **J. H. Laird. Erbrechen und Intubation. (Vomiting and intubation.)** *N. Y. Med. Record. 17. April 1897.*

1. Der Schluss der Glottis ist nicht absolut nöthig zur Ausführung des Brechactes. Beweis dafür ist, dass in der Chloroformnarkose der Patient bisweilen erbricht und das Erbrochene in die Trachea eindringen kann. Die Glottis ist freilich für gewöhnlich während des Brechens geschlossen, aber nur zu demselben Zweck, zu dem sie beim Schluckact geschlossen wird, nämlich um Fremdkörper von der Trachea fernzuhalten.

2. Die Rippen sind freilich gehoben und ausgeweitet beim Brechen; aber nicht der forcirte Druck der Innenluft des Thorax hält sie in dieser Stellung, sondern die Inspirationsmuskeln, der Serratus post. super., die Levatores costarum und die Intercostales externi.

Wie aber soll die Eröffnung der Glottis durch die Intubation das Erbrechen verhüten, wenn zum Brechact der Glottisschluss gar nicht nöthig ist?

LEFFERTS.

131) **Bueno de Miranda. Verfahren zur Aufhebung einer zurückgeschlagenen Epiglottis, die ein Hinderniss für endolaryngeale Eingriffe bildet. (Procédé pour relever l'épiglotte rabattue faisant obstacle aux opérations endolaryngiennes.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 2. Februar 1897.*

Verf. handhabt gleichzeitig mit der linken Hand den Kehlkopfspiegel und die Kehlkopfsonde, die den Kehldeckel in der richtigen Stellung festhält. Beide Instrumente müssen in der entsprechenden Lage ruhig gehalten werden, ohne sich gegenseitig zu berühren.

E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

132) **R. Hutchinson. Ueber den wirksamen Bestandtheil der Schilddrüse. (On the active constituent of the thyroid gland.)** *Brit. Med. Journal. 23. Jan. 1897.*

Die colloide Substanz ist der einzige Bestandtheil der Drüse, der therapeutisch wirksam ist und von ihm wieder ist der Nicht-Proteid-Theil der wichtigste. Verf. erwähnt mehrere Fälle, die mit Colloidsubstanz behandelt wurden. Es erscheint aus verschiedenen Gründen rathsamer, das Colloid, als die ganze Drüse zu geben. Die subjectiven Symptome sind beim Colloidgebrauch dieselben wie sonst bei der Drüsentherapie.

ADOLPH BRONNER.

133) **Gley** (Paris). **Resultate der Exstirpation der Nebenschilddrüsen beim Hund und Kaninchen. (Resultats de l'exstirpation des glandules para-thyreides chez le chien et le lapin.)** *Société de Biologie. 9. Januar 1897.*

Ein Theil der Versuchsthiere zeigte schwere Erscheinungen, die öfters zum Tode führten. Der Verf. schliesst daraus auf die physiologische Wichtigkeit dieser Nebenschilddrüsen und glaubt, dass die Entfernung derselben bei den bekannten Folgen der Thyroidectomie mit eine Rolle spielt.

PAUL RAUGÉ.

134) **Lichtwitz** und **J. Sabrazès. Heilung einer Struma retrosternalis durch Schilddrüsenbehandlung kurz vor der in Aussicht genommenen Operation. (Guérison par le traitement thyroïdien d'un goitre plongeant à la veille d'être opéré.)** *Bullet. méd. 31. Januar 1897.*

Der 23jährige Pat. hatte einen umfangreichen Kropf mit Fortsetzung unter das Sternum. Lange Behandlung mit Jod und Jodkali hatte nichts genutzt; da Athembeschwerden bestanden, wurde die Operation angerathen. Von Basedow-scher Krankheit lag kein Zeichen vor. Vor der Operation wurde noch ein Versuch mit dem Glycerin-Extract von Schilddrüsen gemacht. Der Pat. erhielt in Tablettenform eine tägliche Dosis, die 80 cg der Thyreoidea entsprach. Er fühlte sich bald besser und in 15 Tagen war der Kropf auch objectiv verschwunden.

A. CARTAZ.

135) **Paul** (Liverpool). **Geschwülste und Vergrösserungen der Schilddrüse und ihre chirurgische Behandlung. (Tumours and enlargements of the thyroid**

gland and their surgical treatment.) *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1897.*

Verf. operirte an 13 Fällen; bei 4 handelte es sich um parenchymatösen Kropf, bei 6 um Basedow'sche Krankheit. Hauptsächlich führte Verf. die Enucleation und die partielle Excision aus. In 2 Fällen von parenchymatösem Kropf kam es nach der partiellen Thyroidectomie zu einer Schrumpfung des Drüsenrestes. Die 6 Basedow-Fälle wurden alle gebessert.

In der Discussion, die sich anschloss, missbilligte Larkin die Operation bei der Basedow'schen Krankheit, während Dr. Abram sich für dieselbe erklärte. Dr. Carter erörtert die Vortheile der Operation vor der rein medicamentösen Behandlung.

P. Mc BRIDE.

136) **Berliner. Basedow'sche Krankheit und vollständige Alopecie. (Exophthalmic goitre and complete alopecia.)** *N. Y. Med. Journ. 16. Januar 1897.*

Pat., der jetzt 30 Jahre alt ist, hatte als Knabe bei einem Brande einen sehr heftigen Schrecken. Seither klagt er oft über Müdigkeit, Herzpalpitationen und Unruhe. Mehrere Wochen nachher bemerkte er einen kahlen Fleck auf dem Kopf und einen ähnlichen im Nacken. 6 Monate später hatte er kein Haar mehr auf dem Kopf oder am ganzen Körper. Dann entwickelte sich ein Kropf; der Pat. vermag aber nicht genau anzugeben, wann er entstand. Dagegen weiss Pat. bestimmt, dass das starke Zittern und die abnorme Herzthätigkeit damals bestanden.

LEFFERTS.

137) **Albert Martin** (Wellington, New Zeland). **Partielle Thyroidectomie. (Partial thyroidectomy.)** *Transactions of the 4. Section of Intercolon. Med. Congress. New Zeland. 1896.*

Schilderung des Operationsverfahrens bei 15 Fällen. In einem der Fälle handelte es sich um Basedow'sche Krankheit.

A. J. BRADY.

138) **Debove** (Paris). **Thyroidectomie mit tödtlichem Ausgange in einem Falle von Basedow'scher Krankheit. (Thyroidectomie mortelle dans un cas de maladie de Basedow.)** *Société médicale des Hôpitaux. 18. Januar 1897.*

Abtragung des rechten Lappens der Schilddrüse bei einem Patienten mit Basedow'scher Krankheit. Am Abend der Operation Dyspnoe, Unruhe, Delirien, in der Nacht Coma und Tod. Die Section ergab keine augenscheinliche Veränderung ausser einer leichten Hypertrophie der Thymusdrüse, die 60 g schwer war. Verf. hält eine durch die partielle Entfernung der Drüse bewirkte Intoxication für die Ursache des Todes.

PAUL RAUGÉ.

139) **J. O. Closs** (Dunedin, New Zeland). **Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit. (Thyroidectomy in Graves' disease.)** *Transactions of the 4. Intercolon. Med. Congress. New Zeland. 1896.*

C. berichtet über 4 Fälle von Morbus Basedowii, bei denen er die partielle Thyroidectomie vornahm. In jedem Falle wurde die ganze rechte Hälfte der Drüse entfernt. In 3 Fällen kam es zur vollständigen Heilung mit Schwinden aller Symptome. Der 4. Fall endete letal. 5 Stunden nach der Operation stieg die

Temperatur plötzlich auf 40° und der Puls auf 200 in der Minute und der Pat. starb unter wilden Delirien. Als Todesursache musste eine Thyroid-Toxämie angeschuldigt werden. Auch in den 3 günstig verlaufenen Fällen war nach der Operation etwa 24 Stunden lang eine Steigerung der Basedow'schen Symptome zu constatiren; es steigt die Thyroid-Toxämie infolge der Störung im Drüsengewebe vorübergehend an. C. empfiehlt die Abtragung en masse mehr als die Enucleation. Die Operation muss im Frühstadium der Krankheit gemacht werden.

A. J. BRADY.

140) **C. Morton Anderson** (Christchurch, New Zeland). **Bericht über einen Fall von Cretinismus, der erfolgreich mit Thyroidin behandelt wurde. (Notes on a case of cretinism successfully treated with thyroidin.)** *Transactions 4. Intercolon. Med. Congress. 1896.*

Die Patientin war ein 11jähriges Mädchen. A. J. BRADY.

g. Oesophagus.

141) **A. E. Wigg** (Adelaide S. Australia). **Münze im Oesophagus. Lokalisation durch Röntgenstrahlen. Entfernung. (Halfpenny in the oesophagus; localisation by the Röntgen rays; removal.)** *The Australian Med. Gazette. 20. Februar 1897.*

Der 4jährige Knabe hatte ein Halbpennystück 3 Tage vor der Aufnahme ins Spital verschluckt. Er konnte Flüssigkeiten schlucken, feste Speisen nicht. Das Röntgenphotogramm zeigte einen Fremdkörper hinter dem oberen Ende des Sternums. Unter Chloroform wurde das Geldstück mit dem Münzenfänger entfernt.

A. J. BRADY.

142) **Franken. Ein Fall von Verschlucken eines künstlichen Gebisses.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1897.*

Extraction mit dem Finger bei einer Frau, welche eine Prothese mit 7 Zähnen verschluckt hatte. SCHECH.

143) **Esaulow. Zur Casuistik der Oesophagusperforation. (K kasuistike prebodenija pischtschewoda.)** *Letopis rusk. chirurgii. kn. I. 1897.*

Oesophagotomie bei stark marastischem Zustande des Patienten; Entfernung eines scharfkantigen Knochenstückes aus einer grossen Eiterhöhle. Heilung.

HELLAT.

144) **Wladislawow. Zur Casuistik der äusseren Oesophagotomie bei Fremdkörpern. (K kasuistike naruschnawo setschenija pischtschewoda pri inorodnom tele w nem.)** *Letopis rusk. chirurgii. kn. I. 1897.*

Entfernung eines grossen Knochenstückes durch die äussere Wunde; Heilung.

HELLAT.

145) **Delagénière** (Le Mans). **Narbenverengerung der Speiseröhre. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 10. März 1897.*

Die Strictur war in Folge einer Verätzung mit Kalilauge entstanden. Es

wurde die Gastrotomie gemacht und die Innenfläche des Magens und Oesophagus mittelst Sondirung von unten her untersucht. Ausser der Oesophagusstrictur fand sich noch eine Verengerung des Pylorus. Beide wurden mittelst Sondirung von oben her allmälig dilatirt. PAUL RAUGÉ.

146) **David Newman. Gastrotomie wegen maligner Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for malignant stricture of the oesophagus.)** *Glasgow Medical Journal. März 1897.*

Vorstellung des Patienten. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

147) **E. Sympson. Eine verbesserte Oesophagussonde. (An improved oesophageal probang.)** *Lancet. 6. Januar 1897.*

Beschreibung der Sonde. ADOLPH BRONNER.

148) **Schmidt** (Tübingen). **Ueber die Behandlung des Carcinoms der Speiseröhre.** Dissert. Tübingen. 1897.

An der Tübinger medicinischen Klinik wurden in den letzten 25 Jahren 86 carcinomatöse Oesophagusstricturen mit der Sonde behandelt, eine Perforation mit der Sonde in keinem der Fälle bewirkt. Sch. kommt zu der Anschauung, dass die blutigen Operationen mit ihren seitherigen Resultaten die Sondenbehandlung nicht verdrängen würden. SEIFERT.

149) **Kelling** (Dresden). **Abdrucksonde und cachirte Schwammsonde für die Speiseröhre.** *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1897.*

Behufs genauer Diagnose der Stenosen construirte K. einen Apparat bestehend aus einem weichen Gummischlauche, der unten eine kleine Stahlhülse trägt, in welcher ein Elfenbein- oder Hartgummicylinder eingeschoben wird. An dem Cylinder ist oben ein 8 mm dicker und 8—10 mm langer Wachsstift angeschmolzen. Die Details der Einführung müssen im Original gelesen werden, ebenso über die cachirte Schwammsonde, mit welcher Gewebstheile herausgeholt werden sollen. SCHECH.

150) **M. Sympson. Eine verbesserte Oesophagussonde. (An improved oesophageal probang.)** *Brit. Med. Journal. 16. Januar 1897.*

Abbildung und Beschreibung des bei Meyer, Arnold u. Son, London erhältlichen Instrumentes. ADOLPH BRONNER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Sitzung vom 17. Juli 1896.

Vorsitzender: Dr. George Stoker.

Woods demonstrirt ein Präparat von einem wegen Carcinom exstirpirten Larynx. Der Patient starb am 20. Tage nach der Operation an septischer Pneumonie.

Wilkin stellt ein Sarcom des Naseneingangs vor. Im vorigen November war ein hämorrhagischer Nasenpolyp bemerkt worden; die Wunde nach seiner Entfernung heilte in 2 Tagen; kein Recidiv.

Stoker bespricht einen Fall, bei dem alle Zeichen einer Entzündung der Stirnhöhle vorhanden waren und der durch Oxygen gebessert wurde (!).

Wingrave stellt einen Fall von zweifelhaftem Epitheliom des Larynx mit rechtsseitiger Abductorlähmung vor.

Whistler demonstrirt eine neue canuläre Kehlkopfzange.

Pegler und Lake zeigen eine Reihe von otologischen Fällen und Präparaten.

Der Vorsitzende eröffnet eine Discussion über die Frage der vorangängigen Tracheotomie bei der Thyrotomie wegen Fremdkörper im Larynx. Er erörtert sorgfältig alle Punkte, die für und wider die Operation sprechen und führt auch die mit ihr verbundenen Gefahren auf.

Lennox Browne ist nicht der Ansicht, dass die Thyrotomie zur Entfernung von Fremdkörpern im Larynx oft erforderlich ist.

Bosworth hat nie in solchen Fällen die Thyrotomie machen müssen, zur vorhergehenden Tracheotomie aber kann er nicht rathen.

Milligan hält es für sicherer, die Tracheotomie zu machen.

Sitzung vom 29. Januar 1897.

Vorsitzender: Dr. Milligan.

Lennox Browne stellt 3 Fälle von Fibrom des weichen Gaumens vor, die mit Elektrolyse behandelt worden sind.

Mayo Collier demonstrirt folgende Fälle:

1. Linksseitige Abductorenlähmung, seit 18 Monaten bestehend, ohne ersichtliche Ursache.

2. Zweifache Stenose der Trachea durch adenoide Wucherungen in der Schilddrüse.

3. Syphilis der Nase und des Kehlkopfs.

Weiterhin bespricht Collier einen Fall von paroxysmaler Dyspnoe in Folge von Zungenvarix.

Wingrave stellt einen Fall von functioneller Aphonie bei einem 10jährigen Kinde vor.

Sandford zeigt einige otologische Fälle.

Marsh demonstrirt einen grossen Nasenstein. Adolph Bronner.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

Vorsitzender: Henry T. Butlin.

Edward Law: Gaumenspalte mit Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muscheln und adenoiden Vegetationen.

Vorstellung eines 16jährigen Knaben mit einer Fissur des harten Gaumens, die nach 2maligem Operationsversuch noch fortbestand, und mit den oben genannten Veränderungen in der Nase.

Edward Law: Gaumenspalte mit starker Hypertrophie der unteren Muscheln.

Weiter stellte Law eine 22jährige Frau mit sehr ausgedehnter Spalte im harten und weichen Ganmen vor, deren Oeffnung durch die stark hypertrophirte Schleimhaut der unteren Muscheln vollständig geschlossen erschien. Durch Cocainpinselung wurde die nasale Schleimhaut leicht entleert und zum Schrumpfen gebracht. L. stellte die Frage zur Discussion, ob man bei einem in dieser Weise vorgesorgten Obturator operiren solle.

Creswell Baber hat oft ähnliche Verhältnisse angetroffen und führt sie auf den durch die Fissur gesetzten abnormen Reiz zurück.

Scanes Spicer empfiehlt die Abtragung der Muschelhypertrophie, bevor man an die Gaumenoperation herangeht. Durch Herstellung der nasalen Athmung wird die Spannung des weichens Gaumens verringert.

Dundas Grant hebt hervor, dass die Muschelschwellung durch den Schluss der Spalte das Schlucken von Flüssigkeiten erleichtert. Er hat Bedenken, deren Abtragung anzurathen.

Hill führt die Hypertrophie auf die Reizung durch die Nahrung zurück.

Bowlby war in 2 Fällen genöthigt, die adenoiden Vegetationen zu entfernen, weil sie den Schluss der Gaumenspalte behinderten.

Charters Symonds hat bisweilen gefunden, dass ein Kissen von adenoiden Vegetationen dem Gaumen nach der Operation eine Stütze gewährte.

de Santi sieht in dem Alter des Patienten keine Contraindication gegen die Gaumenoperation und erwähnt den Fall einer 35jährigen Dame, welche mit vortrefflichem Resultate operirt wurde.

Law sieht in dem Alter ebenfalls keine Contraindication: da aber beide Patienten nur über ihre undeutliche nasale Sprache klagen und deren Heilung

auch durch die Stimmübung nach der Operation nicht gesichert ist, so ist er geneigt, die Fälle dem Zahnarzt zu überlassen. Die Abtragung der Nasenmuscheln könnte leicht, wenn der Gaumenschluss nicht vorhält, zur Regurgitation von Flüssigkeiten führen.

Lack: Eine Methode zur Untersuchung des Kehlkopfs bei Kindern.

Die Methode besteht im Einführen des linken Zeigefingers in den Rachen und Vorwärtsziehen des Zungenbeins. Mittelst eines kleinen Kehlkopfsspiegels erhält man dann leicht eine Ansicht vom Kehlkopf, wobei der Patient nicht mehr Belästigung erfährt als etwa durch eine Inspection des Pharynx. Bei älteren Kindern, die bereits Zähne haben, wird das Zungenbein in ähnlicher Weise mit einem gebogenen Metallspatel nach vorwärts gedrängt. Je jünger das Kind, um so geringer ist der Widerstand und um so leichter die Untersuchung. Lack demonstrirt seine Untersuchungsmethode im Anschluss an seine Ausführungen an einem 21 Monate alten Kinde mit typischem congenitalem Kehlkopfstridor, bedingt durch die bei der Inspiration stattfindende Annäherung der Weichtheile an den Kehlkopfeingang.

Bond rühmt die geschilderte Methode.

Waggett beschreibt den Zungenherabdrücker von Escat, der zu ähnlichen Zwecken gebraucht werden soll.

Lack hält das Princip des letzteren für falsch und ein Anästheticum dabei für erforderlich.

Spicer will Lack's Methode versuchen, statt in solchen Fällen Chloroform oder Cocain anzuwenden.

Auf Beale's Einwendungen erwidert Lack, dass seine Methode nur für sehr junge Kinder dienen solle.

Watson Williams: Kehlkopftuberculose.

Redner bespricht einen mittelst Curettement und Einpinselungen behandelten Fall und lenkt die Aufmerksamkeit auf den sedativen Effect starker Guajacollösungen in derartigen Fällen. Von Nutzen erwies sich ihm bei der Behandlung tuberculöser Affectionen der oberen Luftwege eine Combination von Phenazen und Cocain mit Milchsäure in der Form einer wässerigen Spraylösung.

Clifford Beale bemerkt zu dem mitgetheilten Falle, dass das Curettement nur selten einen Erfolg erzielt, wenn submucöse Infiltration vorhanden ist. Fälle von oberflächlicher Ulceration dagegen heilen bisweilen ohne jede Localbehandlung.

Williams erwidert, dass nach seiner Erfahrung auch Fälle mit Schwellung unter Curettement und Milchsäurebehandlung gut verlaufen.

St. Clair Thomson: Lupus des Kehlkopfs und Lungentuberculose.

Redner stellt seinen Fall vor unter Bezugnahme auf eine ganz ähnliche Mittheilung von Bosworth (Twentieth century practice. 1896). Sein Fall betrifft

einen jungen Mann von 21 Jahren mit einem Lupus, der am linken Nasenloch begann und jetzt auf die Haut der Nase und auf die Epiglottis übergegriffen hat. Beide Lungenspitzen zeigen Symptome von Phthise, und das Sputum enthält Tuberkelbacillen. Fieber oder nächtliche Schweisse sind nicht vorhanden, ebensowenig Blutspeien oder Gewichtsabnahme.

Stewart ist der Ansicht, dass der Fall eher als tuberculöse Laryngitis aufzufassen ist

Lack sah 2 Fälle von Lupus der oberen Luftwege mit Ausgang in Lungenphthise und auch Bond weiss über ähnliche Beobachtungen zu berichten.

Symonds: Perichondritis des Kehlkopfs im Secundärstadium der Syphilis.

Bei einem Patienten, der an phagedänischem Schanker behandelt wurde, entwickelte sich $2^1/_2$ Monate nach der Ansteckung und während das secundäre Exanthem vorhanden war, Heiserkeit. Das linke Stimmband erschien congestionirt; später war es fixirt und bildete mit seiner Umgebung eine gemeinsame Schwellung. Dazu kam eine Geschwürsbildung am Nasenseptum. Gegenwärtig erscheint die ganze linke Kehlkopfhälfte als hartes Infiltrat und das Stimmband ist unbeweglich.

Charters Symonds: Ulceration des rechten Taschenbands mit verminderter Beweglichkeit des Stimmbands.

Ein Fall von zweifelhafter Diagnose.

Charters Symonds: Tuberculöse Ulceration der Nasenscheidewand.

Redner berichtet über einen Fall, den er 1895 bereits vorgestellt hat. Damals bestand eine tuberculöse Infiltration des Septums, die unter Curettement und Milchsäurebehandlung anfangs einen günstigen Verlauf nahm. Im Juli 96 erhielt der Patient einen Schlag auf die Nase, worauf die Krankheit wieder anfing und einen so rapiden Verlauf nahm, dass nach 14 Tagen bereits die Columella zerstört und die Nasenflügel ergriffen waren. Die Zerstörungen in der Nase sind jetzt sehr ausgedehnter Natur.

Bowlby beobachtete Zerstörung der ganzen Nase in der Zeit von 3 Monaten trotz aller Behandlung.

Hill hält Milchsäure nicht für stark genug bei den rasch fortschreitenden destructiven Processen; er bevorzugt 25proc. Trichloressigsäure.

Bennett: Stirnhöhleneiterung.

Vorstellung einer 39jährigen Frau, die im October 1894 bereits mehrere Monate lang Ausfluss aus der Nase und Schmerzen in der Stirn hatte. Jetzt besteht in der rechten Regio frontalis ein wallnussgrosser Abscess und ein zweiter kleinerer unter der rechten Augenbraue. Im Knochen darunter ist ein Hiatus fühlbar.

Nach Entfernung von Polypen und nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel fliesst bei Druck auf den Abscess Eiter frei aus der Nase

ab. Aus der Nachbarschaft des Infundibulum wird der Knochen vorsichtig abgelöst, worauf die Drainage frei ist und Schmerz und äussere Schwellung rasch verschwinden.

2 Jahre später befindet sich die Patientin vollständig wohl, obgleich noch immer Eiter aus der Nase abfliesst.

Redner fragt die Collegen um ihre Meinung, ob sie rathen, die Behandlung des Falles auch weiterhin ohne äusseren Eingriff fortzusetzen.

Spencer sah septische Entzündung des Auges und acuten Verlust der Sehkraft durch Verzögerung der Radicaloperation.

Creswell Baber empfiehlt, stets freien Zugang zum Infundibulum zu schaffen, bevor man an die Operation von aussen geht.

Scanes Spicer räth zu behutsamem Curettiren und Gebrauch der Grünwald'schen Canüle.

Herbert Tilley ist der Ansicht, dass die intranasale Behandlung oft Besserung, aber nur selten Heilung bringt. Indessen ziehen manche Patienten den Nasenausfluss dem Risico einer äusseren Fistel vor.

Hill empfiehlt Radicaloperation.

Charters Symonds erinnert an einen Fall, in dem er die Dura mater blossgelegt fand.

Bennett: Geschwulst des Zäpfchens.

Ein wallnussgrosser Tumor, der sich leicht vom umgebenden Gewebe losschälen liess.

Lawrence: Eine diagnostisch unklare Affection des Mundes und Unterkiefers.

Patientin von 25 Jahren, ohne Zeichen von Syphilis oder sonstige anamnestisch bemerkenswerthe Momente. Vor 4 Monaten bemerkte sie eine Schwellung des Zahnfleisches an der Innenseite der rechten oberen Zahnreihe. Dann trat ein Knoten über der linken Backe auf, aus dem später ein Ausfluss stattfand. Darauf entstand eine Schwellung über der rechten Seite des Unterkiefers, die jetzt Eiter enthält. Eine oberflächliche Ulceration breitete sich über die rechte Seite des Gaumens aus und an der linken Backe sah man eine grosse granulirende Fläche. Neuerdings hat sich ein Knoten in der rechten Leistenbeuge entwickelt.

Tilley empfiehlt, auf das Vorhandensein des Strahlenpilzes zu untersuchen.

Ph. de Santi meint, dass das Aussehen und der rapide Verlauf nicht für Actinomycose sprechen. Er denkt an eine Mischform von tuberculöser und syphilitischer Erkrankung.

Bowlby hält die Affection am Gaumen für syphilitisch, während die ulcerirende Geschwulst an der Wange mit den eiternden Drüsen eher einem tuberculösen Process gleicht.

Lieven (Aachen) und St. Clair Thomson geben ähnlichen Ansichten Ausdruck.

Spencer empfiehlt, die tuberculösen Stellen an der Backe auszukratzen.

Tilley: Perichondritis des Kehlkopfes, Lähmung vorspiegelnd.

Der Patient, ein Syphilitiker, hat seit 9 Monaten Schmerzen beim Schlucken und Athembeschwerden. Die Dyspnoe ist geringer geworden; der Schmerz aber nimmt zu und auch auf äussere Manipulation besteht grosse Empfindlichkeit. Das eine Stimmband ist in Cadaverstellung fixirt, das andere bewegt sich ein wenig. Der linke Aryknorpel ist geschwollen.

Scanes Spicer. Zweifelhafte Frühdiagnose auf maligne Erkrankung des Kehlkopfs.

Es besteht Heiserkeit, daneben eine Verdickung der oberen und unteren Fläche des rechten Stimmbands, das unbeweglich in Cadaverstellung steht.

Ph. de Santi glaubt nach dem Krankkeitsbilde auch, dass eine maligne Erkrankung besteht.

Spencer: Hypertrophische Pharyngitis und Tonsillitis mit chronischer Schwellung der Parotis und der Unterkieferdrüsen.

Redner stellt einen 25jährigen Mann vor, bei dem einige oberflächliche tuberculöse Läsionen nach der Auskratzung ausgeheilt sind. Eine Zeit lang bestand Fieber ohne ersichtliche Ursache. In den letzten 2 Monaten traten die obengenannten Veränderungen ein.

Lack denkt an das Mitspielen von Syphilis.

Bennett empfiehlt einen Versuch mit Arsen.

Sitzung vom 10. März 1897.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Ein Brief von Moritz Schmidt kommt zur Verlesung, in dem dieser der Gesellschaft für die Ehre seiner Wahl zum Ehrenmitglied Dank sagt. Schmidt übersendet gleichzeitig für die Vereinsbibliothek die zweite Auflage seiner „Krankheiten der oberen Luftwege“.

Knyvett Gordon: Der Pharynx eines am 9. Tage letal endigenden mit Antistreptococcen-Serum behandelten Falles von Scharlach.

Demonstration des Präparates. Die Tonsillen und das adenoide Gewebe ist mit einer Membran bedeckt, die Uvula ulcerirt. Eine Kette kleiner Geschwüre zieht sich von der Spitze der Epiglottis beiderseits bis in den Sinus pyriformis.

Lack: Sarcom der Nase.

Vorstellung eines 65jährigen Patienten, dem vor 2 Jahren ein ausgedehntes Sarcom exstirpirt worden ist unter Fortnahme der Innenwand der rechten Orbita und der Kieferhöhle. Die Operation wurde in der Hauptsache mit dem Meyer-schen Ringmesser nach Zurückklappen der Nasenflügel durchgeführt. Bisher besteht kein Zeichen eines Recidivs. Der Fall beweist die geringe Malignität dieser Geschwülste.

Lack: Cyste der Epiglottis und schwarze Zunge.

Die beiden seltenen Affectionen trafen bei einem 45jährigen Manne zusammen. Die Erkrankung der Zungenpapillen bestand seit etlichen Jahren. in ihrer Stärke und Ausdehnung von Zeit zu Zeit wechselnd.

Dundas Grant: Vordere Turbinotomie bei einem älteren Manne.

Redn. stellt den Patienten vor, der an vollständiger Verstopfung der Nase gelitten hatte, ohne dass die lokalen Medicationen Besserung brachten. Er machte mit der Scheere einen Schnitt entlang dem festsitzenden Rand des vorderen Endes der unteren Muschel und entfernte die so gebildete Halbinsel mit der kalten Schlinge. Die Athemluft findet jetzt im unteren Nasengang aussen und unterhalb von der Muschel freien Weg.

Dundas Grant: Vordere Turbinotomie bei einer Frau.

Redner stellt einen zweiten ähnlichen Fall vor, bei dem die Operation auf beiden Seiten durchgeführt worden ist. Der Rest der unteren Muschel bildet jetzt beiderseits eine unvollständige verticale Scheidewand; für die physiologischen Zwecke reicht er voraussichtlich aus.

Hill und Spicer sind der Meinung, dass eine gewisse Verstopfung noch jetzt besteht.

Hall und Baber empfehlen diese conservative Methode, besonders weil die schwere Blutung, die mit der vollständigen Exstirpation der Muschel verbunden ist, dabei vermieden wird.

Dundas Grant: Functionelle Aphonie mit Taschenband-Phonation.

Redn. demonstrirt die genannten Verhältnisse bei einer hysterischen Frau von 36 Jahren, die ausserdem an einer Eiterung der Nasennebenhöhlen leidet. Nach dem plötzlichen Verlust der Stimme ist vor einigen Monaten ein rauher, tiefer, sich überschlagender Stimmklang eingetreten, der seither besteht. Die Stimmbänder nähern sich einander in ihrem hinteren Drittel nicht, während von den Taschenbändern die vorderen drei Viertel sich einander nähern. Interne Faradisation stellte für einige Zeit die richtige Function der Theile wieder her und die weitere Stimmübung wird die dauernde Bildung einer klaren Stimme erleichtern.

Spicer glaubt, dass die Contraction der Rachenmuskeln zur Dämpfung der Stimme mitwirkt.

Nach Spencer's Ansicht fallen Adduction und Exspiration nicht zusammen.

Thomson weist darauf hin, dass die Patientin husten kann, ohne dass die Processus vocales zusammenkommen; er führt einen Theil der Rauhigkeit der Stimme auf die Verdickung der Stimmbänder zurück.

Dundas Grant: Doppelseitige Parese der Abductoren und der Stimmbandspanner bei einem Tabiker.

Es handelt sich um einen ausgesprochenen Fall von Tabes. Ausser der

Stimmbandparese besteht auch eine Parese des Gaumensegels und anderer Muskeln. Seit 2 Jahren ist unverändert Stridor vorhanden. Während der Inspiration verharren die Stimmbänder in Approximationsstellung mit ihrem vorderen Viertel; von da an nach hinten besteht ein elliptischer Spalt, so dass die Processus vocales 2—3 Millimeter weit auseinanderstehen. Bei der Phonation treten die Processus zusammen und die elliptische Glottis verengt sich etwas. Durch die Parese der Stimmbandspanner wird die Tracheotomie vermeidlich.

Semon sah in solchen Fällen von Abductorenparese plötzliche und unerklärbare schwere Dyspnoe eintreten; er hält dafür, dass man in der Regel die Tracheotomie ausführen soll, ehe acute Symptome dazu zwingen.

Baber erwähnt einen Fall von Tabes mit Hyperästhesie des Rachens und Anfällen von Adductorenkrampf.

Ball: Chronische Laryngitis.

Redn. befragt die Ansicht der Versammlung über einen Fall von chronischer Heiserkeit und Schwäche der Stimme infolge von chronischer Laryngitis mit Parese der Stimmbandspanner.

Hall und Spicer empfehlen die Beseitigung der bestehenden Nasenverstopfung.

St. Clair Thomson: Doppelseitige Abductorenlähmung mit Neubildung an der Zungenbasis.

Der Fall ist im Brit. Med. Journal vom 24. December 1870 bereits von Sir Morell Mackenzie erwähnt. Die Veränderungen sind die Folge tiefer Halswunden mit Durchtrennung verschiedener Nerven. Damals bestand eine Parese des Abductors und der Adductoren der rechten Kehlkopfhälfte, von der Patient nach dem damaligen Bericht geheilt wurde. Der Pat. erklärt indessen, dass er seit seiner Verletzung stets selbst bei leichter Anstrengung von Dyspnoe gequält wurde. Gegenwärtig ist complete und beiderseitige Abductorenlähmung vorhanden. Es ist wahrscheinlich, dass dieselbe auf eine im Jahre 1868 acquirirte Lues und nicht auf die Halsverletzung von 1870 zurückgeführt werden muss.

Butlin hält es für möglich, dass auch die Geschwulst an der Zunge eine Tertiärerscheinung ist und kein Carcinom.

Semon hebt hervor, dass die vorhandenen Erscheinungen sich durch eine ascendirende Neuritis des durchschnittenen Vagus (Mackenzie's damalige Diagnose) erklären lassen, welche vom Vagus in der Medulla auf den Accessoriuskern übergreifend durch die sich kreuzenden Verbindungsfasern auf den linken Accessoriuskern und von da abwärts auf den linken Accessoriusstamm fortgeschritten ist (Theorie von Sir George Johnson). Indessen kann auch eine cerebrale Lues die verschiedenen Erscheinungen erklären.

Donelan: Subglottischer Tumor mit seit 22 Jahren bestehender Aphonie.

Der Tumor war dem Aussehen nach ein nicht gestieltes, weiches Fibrom vom Umfang einer grossen Erbse.

Bond: Mucocele der linken Stirnhöhle nach der Operation.

Die Patientin hatte seit mehreren Jahren an einer weichen Prominenz in der Gegend der linken Stirnhöhle gelitten. Nach Entfernung eines Stücks Knochen mit dem Trepan fand man den Sinus mit einem dicken Schleim gefüllt. Es wurde der freie Abfluss beim Infundibulum wieder hergestellt und das Knochenstück wieder an seiner Stelle eingefügt. Die Heilung erfolgte per primam. Schmerzen und Deformität waren verschwunden.

Thomson fragt die Mitglieder der Gesellschaft, ob jemand eine Nasennebenhöhle einfach durch Schleim ausgedehnt gesehen hat und ob nicht die schleimige Flüssigkeit immer Inhalt einer Blase oder Cyste war.

Grant berichtet über einen Fall von cystischer Ausdehnung des Antrum.

Hill: Rhinitis caseosa und Rhinolith.

Redn. stellt einen Fall vor, in dem die rechte Nasenseite seit 5 Jahren vollständig verstopft war. Dieselbe war mit einer kittartigen Substanz erfüllt, in der ein grosser Nasenstein eingebettet lag. Die untere Muschel und die Wand des Antrum waren verschwunden. Der Nasenstein wurde durch Zertrümmern in mehreren Sitzungen entfernt, worauf die Secretion der käsigen Masse aufhörte. Es liess sich nicht sagen, ob der Rhinolith Ursache oder Folge der Krankheit war. Die Anamnese gab darüber keine Klarheit.

Law fragt, ob nichts von einem Fremdkörper bekannt war.

Grant erwähnt einen ganz ähnlichen Fall, bei dem man als Kern des Nasensteins ein Stück Löschpapier fand.

Ernest Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalia.

Der durch zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie des Gehörs, des Geruchs und des Geschmacks auch auf unserem Gebiete rühmlichst bekannte Dr. H. Zwaardemaker ist als Nachfolger Engelmann's zum Professor ord. der Physiologie in Utrecht ernannt worden.

Bibliothek der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hat eine Fachbibliothek gegründet und richtet hiermit an die Collegen die Bitte, ihre veröffentlichten Arbeiten, auch aus früherer Zeit, Sonderabdrücke sowohl wie grössere Werke, dieser Bibliothek gütigst zuwenden zu wollen.

Im Namen des Vorstandes der Gesellschaft

H. Burger,
Secretär-Bibliothekar.

Amsterdam, Weheringschans 72.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIII. Berlin, December. 1897. No. 12.

Jahresbericht

bearbeitet nach dem XIII. Jahrgang des internationalen Centralblattes (vom 1. Januar bis 1. November 1897)

von

Dr. **A. Kuttner.**

A. Allgemeines, Parotis, obere Luftwege etc.

F. de Havilland Hall (494) erörtert in einer Reihe von Vorträgen die Beziehungen der oberen Luftwege zu dem Gesammtorganismus und die Form, in welcher diese an den Erkrankungen anderer Organe sich zu betheiligen pflegen. — Bottermund (126) fand wiederholentlich bei Frauen während der Menstruation Hyperämien in den oberen Luftwegen, die zu catarrhalischen Affectionen prädisponirten. — Buttersack (126) bespricht den Weg, auf welchem Infectionskeime, die mit der Einathmung in den Körper eindringen, bis zu den Lungen gelangen. — Kayser (416) erörtert dieselbe Frage und ist der Ansicht, dass nicht nur der oberste Theil der Respirationswege hierbei in Betracht zu ziehen sei; deshalb hält er die von Heller und Ziem empfohlene Ausspülung der Nase und des Nasenrachenraums in vielen Fällen für nutzlos, manchmal sogar für schädlich. — Hugenschmidt (138) versuchte experimentell festzustellen, woher es käme, dass Wunden in der Mundhöhle trotz der zahllosen Bakterien, die sich in derselben finden, fast immer gut und schnell heilen. Er meint, dass die hierbei sich offenbarende Schutzkraft nicht sowohl dem Speichel zukäme, der seinen Untersuchungen nach keinerlei baktericide Kraft besitzt, als vielmehr einer in der Mundhöhle besonders ausgebildeten Phagocytose. -- Nach Stark (172) ist die Schwellung von Halsdrüsen oft zurückzuführen auf eine von cariösen Zähnen ausgehende Infection. Die Infectionskeime dringen nach Stark's Meinung von den Dentinröhrchen aus durch die Zahnpulpa in die Lymphbahnen. — Kohn (236) bespricht den Werth, den die Digitaluntersuchung für die Diagnose und Therapie der Hals- und

Nasenkrankheiten in manchen Fällen haben kann. — Guinard (365) räth dringend bei Aneurysmen in der Gegend der Halsbasis zur gleichzeitigen Abbindung der Carotis communis und der Subclavia, da diese Operation absolut unschädlich sei. — Eine längere Abhandlung über die Verwendung der Schleimhautmassage und ähnliche Heilfactoren bei den Erkrankungen der Athmungsorgane ist von Laker (497) herausgegeben worden, in der die Indicationen, die Technik, die physiologische Wirkung und die Heilerfolge dieser Methode auseinandergesetzt werden. Nach den Erfahrungen des Referenten Chiari bietet die innere Schleimhautmassage nicht mehr und nicht weniger Vortheile als medicamentöse Pinselungen. — Kuskow (2) giebt eine ausführliche Beschreibung der Veränderungen, die an den verschiedenen Organen durch Influenza bedingt werden.

Die Syphilis der oberen Luftwege wird erörtert auf dem 18. Jahrescongress der American Laryngological Association und zwar bespricht Knight (228) die Lues der Nase, Nichols (229) diejenige des Rachens und Simpson (229) diejenige des Kehlkopfes. — Massei (314) sucht ein neues Krankenbild unter dem Namen „peritracheolaryngealer Abscess“ abzugrenzen, das klinisch dem Croup sehr ähnlich ist. Der unterhalb der Stimmbänder gelegene Abscess entsteht durch Vereiterung peritracheolaryngealer Drüsen. — J. Merkel (327) sah eine Ankylose des Kiefergelenkes in Folge von Gummiknoten der Parotis. Die Behinderung der Nahrungsaufnahme zwang zur Vornahme einer Operation, um die Kieferklemme zu heben. Endgiltige Heilung erfolgte unter Jodkalibehandlung. — Sticker (152) vertritt die Meinung, dass sich vielfach in den oberen Luftwegen von Leuten, gewöhnlich solchen, die an erworbener oder ererbter Lues leiden, atrophische Zustände der Schleimhaut bilden, xerotische Processe, die mit der Ozäna nichts zu thun haben. — Thost (3) bringt eine Besprechung des Pemphigus der Schleimhäute. Er ist der Meinung, dass die chronischen Fälle wahrscheinlich auf trophische Störungen zurückzuführen sind, während die acuten Formen mehr den Eindruck von Infectionskrankheiten machen. — Die Rolle, welche den verschiedenen pathologischen Zuständen der Thymus bei plötzlichen Todesfällen scheinbar ganz gesunder Kinder zukommt, wird illustrirt durch die Berichte von Biedert, Koeppe, Heidenhain, Fischer (54). Auch Siegel (54) berichtet über einen derartigen Fall, in welchem die Thymus auf die Trachea drückte. Derselbe wurde von Rehn in ausgezeichneter Weise dadurch zur Heilung gebracht, dass er die vergrösserte Thymusdrüse aus dem Thoraxraum herauszog und durch die Naht fixirte. — Delaup, Villar (53), Maclennan (233) bestätigen die Erfahrung von Poncet, Gerbaux und Thiéry (s. Jahresber. des XII. Bd. S. 601), dass bei asphyctischen Zuständen während der Chloroformnarcose die Tracheotomie mit nachfolgender directer Lufteintreibung in die Trachea von sehr günstigem Erfolge sei. — Thost (116) bespricht verschiedene Momente, die zur Erschwerung des Décanulement führen und giebt Rathschläge, die noch von König ergänzt werden, wie diesem Uebel vorzubeugen sei. — Bulette (403) hält die Cocainisirung der Nase vor jeder allgemeinen Narcose für günstig.

B. Nase und Nasenrachenraum.

Nach Danziger (237) hat der Bau der Nase und des Rachens einen wesentlichen Einfluss auf die Luftbewegung in der Nase. — Boulay (236) ist der Meinung, dass das Gefässsystem der unteren Nasenmuschel nicht als ein erectiles anzusehen sei, da die für das Schwellgewebe charakteristischen anatomischen Elemente hier fehlen. Die Turgescenz der Schleimhaut ist demnach nur als eine durch Gefässparese bedingte Stase aufzufassen. — Saenger (206) sucht nachzuweisen, dass an dem Zustandekommen der Resonanzlaute und des sogenannten nasalen Stimmklanges das Mittönen der in der Nasenhöhle befindlichen Luft keinen wesentlichen Antheil hat. — Hagedorn (4) bespricht die Beziehungen von Allgemeinerkrankungen, sowie von Hals- und Nasenaffection zum Gehörorgan. — Klemperer (43) bemerkt zur Bakteriologie der Nase, dass er im Gegensatz zu St. Clair Thomson und Hewlett (330), deren Angaben neuerdings wieder durch Piaget (330, 456) gestützt werden, gefunden habe, dass an keiner Stelle des Naseninnern Bakterien ganz fehlen. Auch die von Wurtz und Lermoyez zuerst behauptete baktericide Kraft des Nasenschleims kann dieser Autor nach seinen Untersuchungen nicht anerkennen.

Killian (175) beschreibt eine von ihm ausgebildete Untersuchungsmethode, die den Zweck verfolgt, die tiefgelegenen Spalträume der Nase mittelst einer Modification des Kramer-Hartmann'schen Nasenspeculums einer directen Besichtigung zugängig zu machen [s. hierüber auch Kirstein (272)]. — Katzenstein (273) zeigt ein Verfahren, durch welches der Nasenrachenraum einer directen Besichtigung zugängig gemacht wird. Dasselbe, in nur unwesentlichen Punkten modificirte Princip der Untersuchung wird späterhin auch von Lindt jun. (Arch. f. Laryng. Bd. VI. S. 47) empfohlen. Lindt macht darauf aufmerksam, dass diese Methode schon früher von Zaufal beschrieben worden sei.

Srebrny (337) fand bei 4 mit Sykosis der Oberlippe behafteten Patienten Caries des Siebbeins bezw. des Keilbeins. Nach Auskratzung der erkrankten Partien verschwand die Sykosis vollständig. — Polyák (288) berichtet über 2 Fälle von seitlichem Divertikel des Nasenrachenraums, von denen der eine sicher, der andere wahrscheinlich congenital vorgebildet waren.

In das Kapitel der Nasenmissbildungen gehören die Mittheilungen von Watson Williams (446), der eine Verschlussmembran an der Grenze des Vestibulums beobachtete, und von Stewart (448), der einen Fall von Doppelnase vorstellte. — Bergeat (400) hat bei einer grossen Anzahl von Menschen- und Thierschädeln Untersuchungen über eventuelle Asymmetrien der Choanen und deren Aetiologie angestellt. — Pluder (406) berichtet über ein angeborenes Diaphragma einer Choane und Asymmetrie der entsprechenden Gesichtshälfte. — Baumgarten (240) unterscheidet echte und falsche Choanenverschlüsse. Als echte betrachtet er diejenigen, membranös oder knöchern, welche in der Ebene der Choane liegen und diese verschliessen. Falsche Choanenverschlüsse sind diejenigen, welche membranöser Natur sind und nur den oberen Theil der Choane verschliessen.

Zwaardemaker (120) entwickelt seine Physiologie und Pathologie der

Geruchsqualitäten. Er theilt dieselben ein in Nahrungs-, Sexual- und Zersetzungsgerüche. Aronsohn hält diese Eintheilung für eine willkürliche. — Elliot Smith (498) bringt Beiträge zur vergleichenden Anatomie des Geruchscentrums. — Goldzweig (498) fand, dass die Geruchsempfindung durch langdauernde Anstrengung derselben, durch Cocain, durch fieberhafte und nervöse Erkrankungen herabgesetzt wird. — Collet (498) erwähnt die Verminderung der Geruchsempfindungen bei Ohrenkrankheiten. — Joal (101) hat zwei Fälle von Anosmie durch Kohlensäure-Douchen geheilt. — Zarniko (400) konnte mehrere Fälle, in denen die Patienten über üblen Geruch in der Nase klagten, ohne dass in dieser selbst irgend welche krankhafte Erscheinungen nachzuweisen gewesen wären, auf latente Empyeme zurückführen.

Einige erwähnenswerthe Fälle von Nasenblutungen und deren Ursachen werden berichtet von van Sant, Rendu, Dauscher, Haug, R. Levy (64 bis 65). Bei dem Haug'schen Patienten lagen myocarditische Veränderungen vor, und die Blutungen aus Nase und Ohr traten immer geraume Zeit, bevor sich Eiweiss im Urin zeigte, auf. — van Campen (403) sah nach einer Tamponade der vorderen und hinteren Nase Blut aus den Thränenpunkten austreten.

B. Fraenkel (108) erinnert daran, dass er schon vor 16 Jahren darauf hingewiesen habe, dass das Asthma und der vasomotorische Schnupfen als Reflexneurose von der Nase aus entstehen könnten. Der Füllung des Schwellgewebes, die Hack nachher als nothwendiges Bindeglied hingestellt habe, sei nach der heute fast allgemein geltenden Anschauung eine wesentliche, principielle Bedeutung nicht mehr zuzugestehen. Die pathologische Irritabilität der Schleimhaut sei das Entscheidende bei diesem Krankheitsbilde und es sei durchaus nicht angebracht, diese, wenn nicht gerade Hyperplasien vorliegen, durch den Galvanokauter zu bekämpfen. Aus der an diesen Vortrag sich anschliessenden Diskussion ist hervorzuheben, dass Hajek sich gegen den nasalen Ursprung des Reflexasthmas vollkommen ablehnend verhält. — Schech (47, 128) bespricht die Beziehungen zwischen Asthma und Emphysem und macht darauf aufmerksam, dass der Bronchialkrampf das erste, die bronchitischen Erscheinungen das zweite und die Blähungen der Lunge erst das dritte Symptom darstellen. Emphysem wird öfters erst durch jahrelange Dauer der asthmatischen Anfälle hervorgerufen. Diese selbst bilden durchaus keine constante, nicht einmal eine häufige Begleiterscheinung des Emphysems. Bei dem nasalen Asthma dürfte nach Schech's Ansicht ein spastisches Moment in Wirksamkeit treten. — Strübing (125) unterscheidet für die anfallsweise auftretende Athemnoth eine Form der Tachypnoë und eine Form der Spanopnoë. Die Voraussetzung für eine derartige Erkrankung bildet immer eine nervöse Disposition, die gewöhnlich durch Neurasthenie oder Hysterie gegeben wird. — Réthi (128) gelang es in zwei Fällen, in denen durch Hyperaesthesie des Nervus olfactorius Erbrechen ausgelöst wurde, dieses durch galvanokaustische Aetzung der Regio olfactoria zum Aufhören zu bringen. — Todd (128) konnte epileptische Anfälle durch Abtragung einer Spina und Entleerung eines Stirnhöhlenempyems zur Heilung bringen. — Für die Entstehung des Heufiebers geben Fermi und Bretschneider (55/56) folgende Erklärung ab: Das Heufieber entsteht bei Individuen, welche eine persistente Schädigung der trophischen

Innervation der Nasenschleimhaut darbieten als Folge einer persistirenden functionellen Schädigung des ganzen Nervensystems. Das Heufieber wird nicht von den gewöhnlichen physischen, mechanischen oder chemischen Factoren verursacht, sondern auf reflexem Wege durch Stimulation der allgemeinen Sensibilität und der specifischen Sinne. — N. L. Wilson (404) ist geneigt, neben den anderen, allgemein anerkannten Reizursachen der Harnsäure eine gewisse Bedeutung für das Zustandekommen des Heufiebers zuzuschreiben.

Hett (59) schlägt vor, die hypertrophischen Muschelenden mit der Scheere abzutragen. Einen ähnlichen Vorschlag macht Stipanits (60) und Dundas Grant (530), aber Hall und Baber fürchten die bei der Turbinotomie leicht eintretende Blutung und rathen zur Beibehaltung der conservativen Methode. — Hélot (59) benutzt mit Vorliebe anstatt der Galvanokaustik die Elektrolyse zur Verkleinerung hypertrophischer Muscheln. — M. Jones (369) sieht in der Hypertrophie der Muscheln oft die Ursache oder wenigstens eine ernste Complication der Taubstummheit. Die Resection der Muscheln hält er nur für indicirt, wenn alle anderen Methoden im Stich lassen. — N. S. Pierce (370) empfiehlt folgende Methode zur Reduction hypertrophischer Muscheln: Durch einen Einschnitt am vorderen Ende der Muschel wird eine Hohlsonde in das Muschelgewebe parallel dem freien Rande derselben eingeführt. Auf dieser Hohlsonde wird dann eine Sonde vorgeschoben, an deren Kopf Chromsäure angeschmolzen ist. — Fermi und Bretschneider (55) schliessen aus ihren klinischen und experimentellen Untersuchungen, dass die einfache Coryza nicht als eine parasitäre Erkrankung aufzufassen sei, sondern durch mechanische, physikalische oder chemische Einflüsse bedingt werde. Die Erkältung im engeren Sinne erscheint ihnen als eine auf nervösen Einflüssen beruhende, vasomotorische, functionelle, trophische Schädigung der Schleimhaut. Die wesentlichen Bedingungen für dieselbe scheinen ihnen nicht sowohl bei hohen Kältegraden als bei stärkeren und schnelleren Temperaturschwankungen, besonders bei höheren Graden von Luftfeuchtigkeit gegeben. — Die Rhinitis fibrinosa betrachtet Mohr (57) als eine Krankheit sui generis. Somers, Buys, Pluder (57) dagegen sehen in derselben eine rein diphtherische Erkrankung. Somers und Sevaert (165) theilen Fälle mit, bei denen der betreffende Patient seine Umgebung mit Rachen- und Kehlkopfdiphtherie inficirte. Derselben Ansicht über die Aetiologie der Rhinitis fibrinosa sind auch Eeman und Bayer (162, 164). — Eeman und Boland (165) haben von der Serumtherapie bei der Rhinitis fibrinosa gute Erfolge gesehen.

Massei (57) tritt von Neuem dafür ein, dass die Rhinitis caseosa ein eigenes Krankheitsbild darstelle. Nach seiner Meinung sind zur Ausbildung dieser Erkrankung besondere Bedingungen nothwendig, durch welche das auf irgend eine Weise verursachte, reichliche, eitrige Nasensecret am Ausfluss verhindert wird. Er hält die Mitwirkung von specifischen Mikroorganismen bei der Erzeugung dieses specifischen Krankheitsproductes für wahrscheinlich. Guanarccia (58) hat den von Massei mitgetheilten Fall bakteriologisch untersucht und ist geneigt, einen der Actynomyces-Klasse angehörigen Pilz, den er Streptotrix alba nennt, als specifisch für diese Erkrankung anzusehen. — Einen Fall von Rhinitis caseosa, der durch einen Nasenstein veranlasst zu sein scheint, hat Hill (532) beobachtet. —

Einen interessanten Rhinolithen demonstrirt Herzfeld (359); derselbe bestand aus metallischem Eisen und Schwefeleisen. Den Kern, das metallische Eisen, bildete eine Messerspitze, die vor 10 Jahren gelegentlich einer Verwundung in die Nase des Patienten gelangt war. Das Schwefeleisen entstand durch die Entwickelung von Schwefelwasserstoff, das nach Herzberg bei vielen eitrigen Processen in der Nase sich bildet. — Ribary (368) hat die anatomischen Verhältnisse der von Siebenmann beschriebenen Rhinitis sicca anterior nachuntersucht und dieselben Befunde gehabt wie dieser. — Pollak (179) glaubt, dass es sich bei Perichondritiden des Nasenseptum, bei der serösen und bei der eitrigen Form, und beim Haematom um eine Degeneration des Knorpels mit Erweichung und Spaltbildung handle. — Weitere Fälle von Septum-Abscessen werden berichtet von Brown, Knight, Ellet, Friedheim, Gouguenheim (457). Der Letztere hält es nicht für wahrscheinlich, dass die traumatischen Abscesse nur eine zweite Phase des Haematoms darstellen. — Die Aetiologie der Nasenscheidewand-Verbiegungen und Auswüchse werden von John O. Roe (218) erörtert. — Bergeat (367) betrachtet als ursächlich für die Verbiegungen des Septums 1. unpassende Grössenverhältnisse der einzelnen constituirenden Theile, 2. Verschiebungen in der Sagittallinie, 3. seitlichen Druck, 4. Traumen. Als ätiologische Momente für Spinen und Cristen sieht er an: 1. u. 2. Vermehrtes Wachsthum des streifenförmigen Fortsatzes oder der knöchernen Septumplatten, 3. u. 4. Fracturen der knöchernen und knorpligen Theile; 5. ungleichmässiges Wachsthum der ursprünglichen Vomerplatten. — Die Therapie dieser Zustände wird erörtert von Watson (218), Gleason (367), Botey (458). — Moure (367) wünscht die Correctur von Septum-Verbiegungen nicht vor dem 10.—12. Lebensjahr vorgenommen zu sehen. — Zahlreich sind die Geschwülste der Nasenscheidewand, die zur Mittheilung gebracht werden, so: Polypöse Schleimhauthypertrophien und Fibrome von Kiesel (179), Baurowicz, Hamilton (459); teleangiectatische Geschwulst von Noquet (369); Sarcom von Cohn (180), Blazy (369); blutender Septum-Polyp von Noquet (168) u. a. m.

Ein Nasenpolyp bei einem vier Wochen alten Kinde wurde beobachtet von Rupp (370). — Alexander (318) zeigte an dem umfangreichen Material der B. Fraenkel'schen Poliklinik, dass Nasenpolypen durchaus nicht immer von Nebenhöhlenerkrankungen abhängig zu sein brauchen. — Róthi (407) meldet einen Todesfall an Pyosepticaemie nach der Entfernung von Nasenpolypen. Ein Fehler bei der Operation oder während der Nachbehandlung konnte nicht ausfindig gemacht werden. — Hajek (462) hat die Siebbeinknochen bei Hypertrophien und Polypenbildung untersucht. Er fand neben oberflächlichen auch tiefer greifende entzündliche Processe, die bis zum Periost und bis in die spongiöse Knochensubstanz hinein sich fortsetzten. Im Knochen kam es infolge dessen zum Theil zur Neubildung, zum Theil zur Aufsaugung von Knochensubstanz. Die mikroskopischen Bilder, die Hajek sah, gleichen ungefähr denen, die Woakes bei seiner Ethmoiditis necrotica beschreibt. Der Unterschied in der Auffassung beider Autoren besteht darin, dass nach Hajek die Entzündung gewöhnlich von der Oberfläche nach der Tiefe zu fortschreitet, während Woakes die Entzündungserscheinungen im Knochengewebe als das primäre, die Polypenbildung als das

secundäre betrachtet. — Joucheray (371) sah bei einem Patienten mehrere eitrige Cysten der unteren Muschel ohne Ausbreitung auf die Nebenhöhlen. Die Entleerung der Cysten genügte, um die schweren localen und allgemeinen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. — Hellmann (501) berichtet über ein Papilloma durum der Nasen- und Stirnhöhlenschleimhaut, bei dem er einen Uebergang von einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst als sicher annahm.

Dohi (366) bezeichnet als anatomisches Substrat des Rhinophyms eine Erweiterung und Neubildung von Blutgefässen, Neubildung von Bindegewebe und Drüsenhypertrophie. Die angioneurotische Erweiterung der Gefässe erscheint ihm als die erste und grundlegende Veränderung. — Baurowicz (353, 354) bespricht an der Hand eines grösseren Materials das klinische und pathologische Bild des Skleroms. — v. Weismayer (353) sah eine Combination von Sklerom mit tuberculöser Perichondritis. — Weitere Skleromfälle werden mitgetheilt von v. Navratil (169), Irsai (170), Baumgarten (476). Ueber Sarcome der Nase berichten Boylan (222), Bliss (231), Finder (318), Linsenmann, Black (371), Strauss, Barrett (501), Greene (502), Lack (529); über Adenom E. Meyer (319); über Carcinom Douglass (371).

Zahlreiche Fälle von Nasenrachentumoren werden mitgetheilt von Ingals, Shields (222), Gibson (370), Rougier (410), Broca, Tichow, Gaudier, Rasumowsky (503) u. A. m. — Pröbsting (45) bespricht die verschiedenen Methoden zur Entfernung derartiger Geschwülste. Gelegentlich dieser Discussion berichten Werner und Eulenstein über einen Erfolg, den sie durch Erysipelserum erhielten; Lublinski räth zu Arsenikbehandlung; Wolf, Hedderich, Bloch, Werner, Fischenich empfehlen die Anwendung der Elektrolyse. — Gelegentlich einer Demonstration von Flatau (363), der ein nicht mehr radical operirbares Sarcom des Nasenrachenraumes mittelst Elektrolyse behandelte, macht Kuttner darauf aufmerksam, dass es, angesichts der gegen früher erheblich verbesserten chirurgischen Methoden, am Platze sein dürfte, die elektrolytische Behandlung der Nasenrachengeschwülste auf diejenigen Fälle zu beschränken, wo Radical-Operationen ausgeschlossen oder grössere chirurgische Eingriffe von den Patienten verweigert werden. — Polyák (486) sah 2 Fälle, in denen er am lebenden Menschen Pertik'sche Divertikel im Nasenrachenraum nachweisen konnte.

Casuistische Beiträge zur Nasensyphilis werden beigebracht von Hobbs und Bousquets (63), Heller, Capdepon, Gouguenheim und Rochard (64), Labit (99) etc. — Gourdiat (63), v. Gerszewski (63), Gaudier (499) berichteten über Nasentumoren tuberculöser Natur, die auf operativem Wege geheilt wurden. Trotz der ausgesprochenen Neigung zu Recidiven wird die Prognose dieser Tumoren für verhältnissmässig günstig angesehen, weil eine Allgemeininfection von ihnen nur selten ausgeht. — Kuttner (363) demonstrirt einen Patienten mit Nasentuberculose, bei dem alle Versuche, die Diagnose zu sichern, fehlschlugen, bis die Natur der Erkrankung durch Tuberkulininjection sicher gestellt wurde. In der Diskussion hebt Kuttner hervor, dass die Methode der Tuberkulin-Injection zu diagnostischen Zwecken, so werthvolle Resultate sie auch an die Hand gebe, doch, wie besonders die Thierheilkunde zeige, keine absolut sicheren Beweise zu erbringen im Stande sei. — Bergeat (287) gelang es, einen intra-

nasalen Lupus durch Guajacolvasogene zu heilen. Eine weitere Ausheilung von Lupus der Nase und des Gaumens konnte Napier (502) durch Tuberculin erzielen. — Modificationen der bisher üblichen rhinoplastischen Methoden werden beschrieben von Monks, Pease, Woods, Forker, Israël (176—177). Gewöhnlich wurde das zur Lappenbildung nöthige Material aus der Stirn entnommen. Israel bildete den Knochenlappen bei einem Falle aus der Tibia, bei einem anderen aus der Ulna. — Coomes, Roe, Berger, Delorme, Péan (498—499) verwenden metallische Prothesen nur im Nothfall, wenn die Plastik allein durchaus keine Aussicht auf Erfolg bietet. — Eine Reihe von Fremdkörpern, die in der Nase aufgefunden wurden, werden aufgezählt auf Seite 237 und 238. —

Eine instructive Erörterung der Therapie der Ozaena wurde in der Société française de l'Otologie etc. (Revue hebdomadaire d'otologie etc. 1897, pg. 858) eingeleitet durch ein ausführliches Referat von Moure. Er unterschied 5 Formen der Ozaena: 1. Forme adénoidienne, 2. Forme sinusienne, 3. Forme nécrosante, 4. Forme purulente, 5. Forme ozénateuse atrophique, giebt aber in der Diskussion auf eine Bemerkung Helme's hin, der besonders die Forme adénoidienne nicht als echte Ozaena anerkennt, zu, dass er als wahre Ozaena nur die im letzten Paragraphen angeführte atrophische Coryza ansehe. Bei Erörterung der Prognose der Ozaena, wurde die Meinung Lermoyez's, dass die Heilung gerade so lange daure, als die Behandlung, als zu weitgehend angesehen. Verschiedene Redner (Moure, Moline, Vacher, Noquet etc.) gaben an, zweifellose Heilungen gesehen zu haben. Für die Behandlung sind nach der Angabe der meisten Redner immer noch die alten Methoden der Ausspülungen, Massage, Pulverungen am meisten zu empfehlen. Der Electrolyse misst Moure, gestützt auf eine Arbeit von Brindel (Rev. hebdom. d'otol. etc. 1897. No. 34 und 35) keine Bedeutung bei. Brindel fand nämlich, dass die Besserung, die man nach der Electrolyse erziele, keine dauernde sei, und schreibt sie deshalb nur der ersten entzündungserregenden Einwirkung des Stromes zu. Beide Autoren setzen sich dadurch zwar in Gegensatz zu Bayer (60, 61, 166, 287, 403), zu Capart (165) und Rousseau (166), stimmen aber überein mit Eeman, Blondiau, Wagnier (166). Aehnlich lautet das Urtheil Moure's über die Serumbehandlung nach Belfanti und della Vedora (61). Dieser wird zwar noch ausser von ihren Erfindern von Gradenigo (62) und von Bonain und Moliné das Wort geredet, aber Mouret weist in interessanter Weise darauf hin, dass es sich bei den Seruminjectionen wohl nicht um eine specifische Wirkung handele, sondern nur um eine Steigerung der Drüsensecretion. Auch Arslan und Catterin (62) haben durch die Serumbehandlung nur sehr vorübergehende Erfolge erzielt. Als ursächliches Moment der Ozaena wird bald der eine oder der andere Mikroorganismus, bald eine Trophoneurose, von Mouret endlich der Verlust der bactericiden Kraft des Nasenschleimes, die durch eine Veränderung der Secretion herbeigeführt werde, verantwortlich gemacht. — Auché und Brindel (Rev. hebdom. d'otol. etc. 1897 pg. 1014) bringen einen recht wichtigen Beitrag zur Frage von der Bacteriologie der Ozaena. Bei 20 Ozaena-Kranken fanden sie 20 Mal den Löwenberg'schen Kapselcoccus; 18 Mal den Pseudodiphtherie-Bacillus (Belfanti und della Vedova); 3 Mal den Bacillus von Pes und Gradenigo; 12 Mal Staphylococcen;

4 Mal Streptococcen. Die Electrolyse veränderte die bacterielle Flora nicht, nur in einem Falle verschwand der Bacillus von Pes und Gradenigo. Vier gebesserte Fälle von alter Ozaena liessen den Löwenbergschen Coccus und den Bacillus Pes-Gradenigo vermissen; in zwei von diesen vier Fällen fand sich der Pseudodiphtherie-Bacillus. — Gleichfalls der Bacteriologie der Ozaena gewidmet ist eine Arbeit von Dreyfuss und Klemperer (106). Diese fanden bei Ozaena fast stets den Löwenberg'schen Bacillus im Secret, nie in der Schleimhaut selbst. Ob der Bacillus auch bei anderen Nasenerkrankungen des öfteren in der Nase zu finden ist, konnten die Autoren nicht mit Bestimmtheit entscheiden, da sie nicht im Stande waren denselben mit Sicherheit von den Friedländerschen Bacillen zu differenziren. Ihre Impfversuche gaben im Gegensatz zu Abel ein negatives Resultat. Gegenüber den Heilerfolgen durch Diphtherie-Antitoxin, die Pes und Gradenigo angegeben haben, verhalten sich die Autoren skeptisch. Sie sind der Meinung, dass die Ursache der Ozaena überhaupt keine bacteriologische sei. —

Brindel (286) ist der Meinung, dass zwischen Ozaena und Tuberculose der oberen Luftwege ein intimer Zusammenhang besteht. — Hamilton (402) dagegen kommt auf Grund einer Zusammenstellung von 170 Fällen zu der Ansicht, dass weder die Tuberculose noch die Lues noch sociale Verhältnisse mit der Aetiologie der Ozaena etwas zu thun haben. — Nach der Ansicht von Kayser (115) schliessen sich adenoide Vegetation und Ozaena gegenseitig aus, ein Standpunkt, der von Grünwald entschieden bekämpft wird. — Wagnier (100) beobachtete einen Fall von Ozaena trachealis im Zusammenhang mit nasaler Ozaena. — Seiss (402) reinigt die Nase mittels eines Wasserstoffsuperoxyd-Sprays. Als Excitans für die Schleimhaut empfiehlt er Thymol und Europhen. —

Grössere statistische Uebersichten über die Erkrankungen der Nebenhöhlen rühren her von Skrodzki (332), der 150 Fälle aus der B. Fraenkel'schen Klinik, von Wohnlich (335), der 55 Fälle aus der Jurasz'schen Klinik, und von Karminski (336), der 19 Fälle aus der Botey'schen Klinik veröffentlicht. Diese Zusammenstellungen geben werthvolle Aufschlüsse über die Aetiologie, über die Therapie dieser Erkrankung und über ihren Zusammenhang mit Ozaena und Nasenpolypen. — Allgemein gehaltene Uebersichten rühren her von Baginski (10), E. Fraenkel (12), der hauptsächlich die pathologisch-anatomische und bacteriologische Seite, und von Myles (13), der besonders die klinische Seite dieser Erkrankungen studirt hat. Fraenkel hält den Einfluss von Zahnerkrankungen auf die Kieferhöhle für äusserst gering; der Nachweis von Polypen in der Nase gestattet nach seiner Meinung keineswegs einen Schluss auf die vorangegangene Erkrankung der Nebenhöhlen. — Guye (14, 112) glaubt, dass die Verlegung der Ausführungsöffnungen der Nebenhöhlen durch Schleimhautschwellungen zu Hyperämie und nachheriger Exsudatbildung führen könne. Derartige Veränderungen genügen seiner Meinung nach, um ein negatives Resultat bei der Durchleuchtung auszulösen, die von Wilkens (321) warm gerühmt wird. — Therapeutisch hat Guye (112) von Mentholinjection mit nachfolgender Lufteintreibung durch das Politzer'sche Verfahren gute Dienste gesehen. — Réthi (14) giebt der conservativen Methode bei den Erkrankungen der Nebenhöhlen den Vorzug, da die radicalen Eingriffe durchaus nicht immer günstige Resultate zeitigten. Für die Er-

öffnung der Kieferhöhle zieht er ebenso wie Killian (13) und Krebs (463) die Anbohrung vom mittleren Nasengang aus derjenigen vom unteren Nasengang vor. — Moll (101) räth bei acuten Entzündungen der Nebenhöhlen diese dadurch von dem sie belastenden Secret zu befreien, dass man nach Verschluss von Mund und Nase durch tiefe Erweiterung des Brustkorbes einen negativen Druck erzeugt. — Nach Moure (331) bedingen die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen eine Praedisposition für Erkrankungen an Tuberculose. — Dmochowski (9) bespricht die normale und pathologische Anatomie der Highmorshöhle. An der Hand von 304 Präparaten werden alle entzündlichen Erkrankungen derselben und ihre Folgezustände erörtert. — Cobb (11) hält ein eigenartiges, dünnes Secret, welches die Taschentücher braun färbt, für characteristisch für die Diagnose des Empyems. — Avellis (11, 41) bespricht die acuten Kieferhöhlenempyeme, die er meistens spontan ausheilen sah. Nur im Nothfalle räth er zu chirurgischem Eingreifen. — Körner (112) empfiehlt zur Ausspülung der Kieferhöhle einen Heber-Apparat. Mehrmals fand er seröse Exsudate. Aehnliche Fälle einer serösen bezw. seropurulenten Erkrankung werden von Wagner (225) und von Baumgarten (485) gemeldet. — P. Heymann (360) sah eine Blutansammlung in der Kieferhöhle, die durch ein Trauma entstanden war. — Combe (463) berichtet über 6 Fälle von Tic douloureux, die durch Kieferhöhlenempyeme bedingt waren und die er nach Ausheilung dieser verschwinden sah. — Moure (463) bespricht die Besonderheiten, die sich beim Kieferhöhlenempyem der Kinder finden. — Casuistische Mittheilungen rühren her von Price-Brown, Dunn (9); Linkenheld (10, 335); Guye (10), der die Auslösung eines grossen Sequesters aus der lateralen Wand des unteren Nasenganges sah, die aber nach Vermeys Meinung nicht sowohl durch das Empyem als solches, sondern vielmehr durch die Caries des II. Praemolaris bedingt wurde; Angiéras, Creswell Baber (335); Escat (334); Kundreschoff, Turner, Mc. Clure, Bacon (336); Royet (464), dieser sah 2 Fälle, in denen das Empyem durch ein Stück von der Wurzel eines Eckzahnes unterhalten wurde, und von A. m.

Alexander (271) berichtet über eine Reihe von Schleimhautcysten der Kieferhöhle, die er makroskopisch und mikroskopisch sorgsam untersucht hat. — Eine genaue Studie über die Anatomie und Pathologie der Siebbeinzellen rührt her von Ranglaret (8). Bei der Erörterung der topographischen Details giebt der Autor instructive Hinweise auf die Erkrankung und Behandlung der betreffenden Theile. — Einen weiteren Beitrag zur pathologischen Anatomie der Siebbeinerkrankungen liefert J. Mackenzie (224). Die Bezeichnung myxomatöse Degeneration lehnt er ab, da es sich in den einschlägigen Fällen nicht um eine myxomatöse Veränderung des Gewebes handelt. Eine Necrotisirung des Knochengewebes infolge von Ethmoiditis erscheint dem Autor nicht recht wahrscheinlich, obwohl durch die Secretverhaltung Knochenentzündungen entstehen können. Dass Nasenpolypen vom necrotischen Knochen aus hervorgerufen werden können, erscheint ihm nicht recht wahrscheinlich. — Farber (331) behauptet, dass die vorderen Siebbeinzellen nicht mit Erfolg punctirt werden können, bevor nicht der vordere Theil der mittleren Muschel entfernt worden ist. — Reichert (117) bespricht die

chronischen Schleimhautentzündungen des Siebbeins und ihre Beziehungen zum Empyem der Siebbeinzellen und der Kieferhöhle. —

Die anatomischen Beziehungen zwischen Stirnhöhle und Siebbeinlabyrinth werden erörtert von Hajek (111). Weitere Beiträge für die Anatomie der Stirnhöhle liefern Tilley (332) und Gallemaerts (333). — Wilkinson (5) bespricht die Anatomie und die physiologische Bedeutung des Sinus frontalis. Er ist der Meinung, dass Erkrankungen dieser Höhle häufiger seien, als man gewöhnlich anzunehmen pflege. Die Durchleuchtung hat ihm in seinen Fällen gute Dienste geleistet. — Mermod (7, 333) gelangte, als er die Stirnhöhle mittels einer biegsamen Sonde zu sondiren versuchte, anstatt in diese durch eine wahrscheinlich schon vorher bestehende Oeffnung neben dem Foramen coecum in die Schädelhöhle. Der Tod des Patienten erfolgte unter meningitischen Erscheinungen. Die Seetion ergab, dass beide Stirnhöhlen fehlten. — v. Hopffgarten (6) warnt vor der Eröffnung des Sinus frontalis von der Nase aus und empfiehlt die Rupprecht'sche Methode, bei welcher die Höhle durch die Fortnahme der ganzen vorderen Wand und der Schleimhaut verödet wird. — Hamilton (7) zieht die Eröffnung mittels der Trephine in der Mittellinie des Stirnbeins, in der Höhe der Augenbraunen, vor. — Creveling (6) berichtet über einen Fall von Stirnhöhlenempyem, das Geisteskrankheit vortäuschte. — Luc, Botey (461) rathen, nach der Eröffnung der Stirnhöhle und nach gehöriger Auskratzung derselben die getrennten Bedeckungen sofort wieder zu schliessen und nur eine weite Communication nach der Nasenhöhle zu, die durch ein Drainrohr offen gehalten wird, übrig zu lassen. — Boel (460) bespricht die Mucocele des Sinus frontalis, die seiner Meinung nach durch Verlegung des Ductus fronto-nasalis und Anhäufung des schleimigen Secretes zu Stande kommt. — Casuistische Beiträge für das Stirnhöhlen-Empyem liefern Ahlstrom (333), Treitel, Plancher (334), die beiden letztgenannten Fälle waren durch cerebrale Abscesse complicirt. — Strasser, Vulpius (5) geben der Meinung Ausdruck, dass die Erkrankungen der Thränenwege zumeist von Affectionen der Nase und deren Nebenhöhlen abhängig sind. — Fortunati (330) berichtet über 2 Fälle von Neurokeratitis nasalen Ursprunges. — Auch Randale (331, 405) tritt dafür ein, dass für die phlyctaenulaeren Augenentzündungen die Behandlung gleichzeitig bestehender Nasenaffection von wesentlichster Bedeutung ist. — Ueber ein Carcinom der Highmorshöhle berichtet B. Fraenkel (12). — Ziem (12) giebt verschiedene Rathschläge, wie man das Eindringen von Fremdkörpern in die Kieferhöhle thunlichst vermeiden und wie man dieselben eventuell entfernen soll.

C. Mundrachenhöhle.

Sandmeyer (243) fand in Uebereinstimmung mit v. Vintschgau und Hönigschmied nach Durchschneidung des Glossopharyngeus Abnahme und Schwund sämmtlicher Schmeckbecher. — Goy (243) sah nach dem Gebrauch von Gymneumsäure eine starke Beeinträchtigung des Geschmackvermögens; die Wahrnehmung für süsse Geschmacksempfindungen war vollständig, diejenige für bittere zum grössten Theil aufgehoben. — Die Rachenaffectionen, deren Ursprung auf

Pneumococcen zurückzuführen ist, sind Gegenstand vielfacher Mittheilungen geworden; so unterscheidet Gaultier (66) 5 Variationen dieser Erkrankung (die eitrige, erythematöse, folliculäre, pseudomembranöse und herpetische), deren Beziehungen zur Pneumonie sich nicht verkennen lassen. — Jaccoud (299) hebt hervor, dass der Beginn und der Verlauf der Pneumococcen-Angina der diphtherischen Angina gegenüber durch eine nicht zu übersehende Aehnlichkeit mit dem klinischen Bilde der Pneumonie ausgezeichnet ist. Ueber eine ähnliche Beobachtung berichtet Vent (69). — Hebert (373) führt eine subacute und chronische fieberlose Form der Angina, die durch weiss-gelbliche, fest anhaftende Pseudomembranen characterisirt ist, auf das Vorkommen des Friedländer'schen Bacillus zurück. — Chassy (248) berichtet über die Variolois-Angina. Dieselbe tritt gewöhnlich gleichzeitig oder noch vor dem Erscheinen des Hautausschlages auf; sie macht dieselben Phasen durch wie diese: Flecke, Papeln, Bläschen, Pusteln. Blutungen in die Papeln des Gaumens in einem frühen Stadium der Erkrankung sieht Chassy als ein prognostisch ungünstiges Zeichen an. — Lemoine (68) hat die ätiologischen Bedingungen der nicht diphtherischen Angina in einer sorgsamen Arbeit klar zu legen versucht. Der Verfasser war bemüht, die zahlreichen, auf einer mangelhaften Technik beruhenden Fehlerquellen, die bisher bei derartigen Untersuchungen eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen schienen, thunlichst zu vermeiden. In 168 Fällen hat er mittelst der Punction Organsaft aus dem Innern der Tonsille zur Kulturflüssigkeit gewonnen. Hierbei zeigte sich, dass der Streptococcus weit häufiger als der Staphylococcus als Urheber der Anginen zu betrachten sei. Zu dem gleichen Schlusse kommt Turro (247). Die chronische Amygdalitis glaubt derselbe durch das Bacterium coli commune bedingt. — Dubois (67, 249) hat in solchen Fällen, besonders bei Scharlach-Anginen das Marmorek'sche Serum mit Erfolg verwendet. — Eeman (162) rühmt den Erfolg des Denys'schen Antistreptococcen-Serums bei der Behandlung der Streptococcen-Anginen. — v. Ranke (299) constatirte bei 65 pCt. aller Scharlachfälle Auflagerungen im Rachen; bei 53,7 pCt. dieser fand sich der Diphtherie-Bacillus; bei 38,8 pCt. wurden nur Streptococcen gefunden. — Dubost (68) berichtet über die pyämischen und septicämischen Complicationen bei nichtdiphtherischen Anginen. — Casuistische Beiträge für das Vorkommen der Streptococcen-Anginen berichten Florand, Béclère, Gouguenheim (67). — Peltesohn (490) gehört zu denjenigen Autoren, welche annehmen, dass rheumatische Erkrankungen ihren Eintritt in den Organismus oft durch die Schleimhaut der Rachengebilde nehmen. Als Beweis hierfür betrachtet er die oft das Krankheitsbild einleitende Angina. Den von Herzfeld hervorgehobenen Einwand, dass bei Kindern Anginen sich häufig, Rheumatismen aber selten finden, während in späterem Alter das Verhältniss ein umgekehrtes sei, hält der Autor nicht für stichhaltig. — Moure (99) beschreibt eine bisher noch nicht erwähnte, ulceröse Form der Mandelentzündung. — Ruge (73) fand bei verschiedenen Erkrankungen der Tonsillen einen noch nicht genau identificirten Strahlenpilz. — Charrin (412) sah nach einer acuten Tonsillitis eine tödtlich endende Allgemeininfection. Die Section ergab bronchopneumonische Herde und Auflagerungen auf den Pulmonalklappen; in diesen den Staphylococcus aureus, der wenige Tage vorher im Mandelexsudat gefunden

worden war. — Renon (70) benutzt zum Schlitzen der Tonsillen ein galvanokaustisches Messerchen. — Killian, Grünwald (71) rathen peritonsilläre Abscesse von der Fossa supratonsillaris aus mit dicken starren Sonden zu eröffnen. — Kramer (71) empfiehlt bei recidivirender phlegmonöser Angina 4—6 Einspritzungen von $^1/_2$ ccm einer 2—3proc. Carbollösung durch den vorderen Gaumenbogen. Auch Hansen (248) empfiehlt diese Methode, während Greiffenhagen (248) von derselben keinen Erfolg gesehen hat. — Auf den weissen Hals der Lake Region beziehen sich die Mittheilungen von Cumston und Stuart Tidey (69). — Eine zusammenfassende Arbeit über das Vorkommen der verschiedenen Microorganismen in der Mundhöhle von Kranken und deren Pflegepersonal rühren her von Anitschkow-Platonow und Dwujeglesow (338). — Boucheron (338) erörtert die Bedeutung, welche das Vorkommen von Harnsäure im Speichel hat. — Lwow (338) sah bei zwei Schwangeren schweren Speichelfluss (1000—1600 g pro die). In dem einen Fall wurde durch Atropin Heilung erzielt, in dem anderen Fall war bis zur Ausstossung der Frucht jede Medication vergebens. — Helbing (245) berichtet von einer muskulären, Odenius (245) von einer lymphatischen Makroglossie. Kahn (16) erzielte in einem Fall von Makroglossie, der sich als ein Hämatolymphangiom herausstellte, durch Abtragung eines grossen Stückes mittelst der galvanokaustischen Schlinge Heilung. — Brown Kelly (185) stimmt der Meinung Siebenmann's bei, dass die gewöhnlich als Leptothrixmykose beschriebene Krankheit gar nicht durch die Anwesenheit dieses Pilzes bedingt werde, sondern dass dieselbe eine Keratose darstelle, die nach seiner Meinung nicht nur von den Krypten und Lacunen des Rachenringes, sondern auch von der Schleimhautoberfläche ihren Ursprung nehmen kann. Neben dieser Affection giebt es nun nach Kelly noch eine wirkliche Leptothrixmykose, die sich aber wesentlich von der bisher unter diesem Namen beschriebenen Krankheit unterscheidet. Die Angaben Kelly's werden in allen wesentlichen Punkten von Friedland (247) bestätigt. — Colin (373) hat eine ausgedehnte Leptothrixmykose unter Pinselungen mit Eisenchlorid heilen sehen. — Lafforgue (173) sah wiederholentlich der Parotisschwellung eine Entzündung der Submaxillaris vorausgehen und glaubt, dass diese prodromale Erscheinung einen Schluss gestatte auf den Infectionsmodus beim Mumps. Er hält es für wahrscheinlich, dass die Krankheitserreger von der Mund- und Rachenschleimhaut aus über diese Drüse in die Parotis gelangen. — Achard (327) sah eine Parotisanschwellung im Anschluss an eine Stomatitis saturnina. — Ein Adenom der Parotis wurde beobachtet von Mermet (174), ein Epitheliom von Vallas und S. Giraud (174).

Bönninger (411) bringt einen Bericht über 23 Fälle von Leukoplacie der Zunge aus der Joseph'schen Klinik. 6 Mal war Lues sicher, 2 Mal möglicherweise vorhergegangen; 11 Mal konnte sie mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden; 4 Mal fehlten anamnestische Angaben. Durch concentrirte Milchsäure wurden 9 Fälle geheilt, 5 gebessert. 8 Patienten unterbrachen die Behandlung zu frühzeitig. — Rosenberg (488) bespricht die nicht specifische Leukoplacie, die er für eine Hyperkeratose ansieht und die in seinem Falle durch Chromsäure heilbar war. — Le Dentu (141) ist der Ansicht, dass die Leukoplacie so oft in Epitheliom ausgeht, dass dieser Ausgang als der natürliche zu betrachten sei. Er räth deshalb

jede derartige Erkrankung, die nicht auf medicamentöse Behandlung weichen will, radical zu entfernen. — Halban (15) sah in 2 Fällen nach Resection des Nv. lingualis die Sensibilität und Geschmacksempfindung in der Zunge von der Spitze bis zu den Papillae cirumvallatae schwinden. — 2 Fälle von schwarzer Zunge werden mitgetheilt von Lohéac (505). — Polyák (244) und Goodale (411) besprechen die oberflächlichen Formen der Glossitis, die nach Polyák zumeist bei Frauen mittleren Alters auftreten und von Frauenleiden, Nervosität und Magenbeschwerden abhängig sind. — Washburn (244) beschreibt eine genuine Form der Glossitis, für die er Mangels jeder anderen Aetiologie Erkältung als ursächliches Moment annimmt. — Cormac (243) giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Zungenerkrankungen. — Ricochon (246) beobachtete eine Hemiatrophie der Zunge nach einer Verletzung des Hypoglossus; beim Herausstrecken wich die Zunge nach der atrophischen, beim Zurückziehen nach der gesunden Seite ab. Einen ähnlichen Fall berichtet Lyonnet (506). — Eine übersichtliche Zusammenstellung der nervösen Erkrankungen des Rachens (sensible, motorische, secretorische, vasomotorische, Tropho- und Reflexneurosen) rührt her von Ephraim (187). — Somers (341) bringt einen Fall von Uvula bifida mit Degenerationserscheinungen, die er als Stütze für die von Dana gebrachte Mittheilung ansieht. Leopold (466) dagegen, der mehr als 2000 Individuen, darunter 221 Geisteskranke, untersuchte, konnte nicht wie Dana zu der Ueberzeugung gelangen, dass Stellungsanomalien der Uvula für ein pathognomonisches Zeichen des Irrseins anzusehen seien. — Swain (230) bespricht die acuten Erkrankungen der Zungentonsille und unterscheidet eine einfache, eine lacunäre und eine peritonsilläre Form der Erkrankung. — Ueber das Vorkommen von Geschwülsten der Zunge, des Rachens und der Mundhöhle berichten: B. Schmidt (16): locale Amyloidtumoren der Zunge; Sehlbach (16), B. Fränkel (17), Depage (245), Göris, Jennings (245, 246, 507), Arslan, Armstrong (74); Derignaucourt (245), Chavasse (506): Lipome; Newman (415), Liaras (467): Epitheliom des weichen Gaumens; Roberts (73), Arslan (74), Yearsley (295), Peyser (414): Papillome der Tonsillen; Hamilton, Arslan (74): Angiome der Tonsillen; Meslay (293), Wagner (414): Sarkom; Sabrazès (142): Polypen an der Innenfläche der Wangen; Gevaert (295): Fibrom der Mandeln; Ardenne (414): 72 Fälle von gutartigen Mandelgeschwülsten; Gibelli (136), Lejars, Haasler (137): Kiefergeschwülste; Capdepon und Vitrac, Knox (137), v. Hacker, Eliasson, Störk, Spigler (466): Actinomycose, gegen die vielfach Jodkali mit Erfolg gegeben wurde; Courtade (467): Fibromyxom des Gaumensegels. — Eine ausführliche Studie über Geschwülste der Submaxillardrüse rührt her von Küttner (338, 339). — Fälle von acuter Osteomyelitis werden mitgetheilt von Schmiegelow, Langhoff, Arctander, Faissl (292, 293). — Ueber Syphilis der Tonsille sind Publicationen erschienen von Arslan (294) und Lavallé (413). — Ruge (413) sah eine primäre Tuberculose der Mandel, die eine Myelitis des Halsmarkes zur Folge hatte. Unter 18 Fällen von erkrankten Tonsillen fand Ruge 6 Mal tuberculöse Affectionen. — Auch Mouret (295, 413) berichtet über Tuberculose der Mandeln. — Pluder (17) berichtet über 2 Fälle von Rachentuberculose, die er durch eine locale Behandlung günstig beeinflussen konnte.

— Springthorpe (373) brachte ein tuberculöses Pharynxgeschwür durch Tuberculininjection zur Heilung, die bei Vorstellung des Falles bereits 18 Monate anhielt. — Lukassiewicz (140) erörtert an 2 Fällen von Erythema exsudativum multiforme der Mundhöhlenschleimhaut die differentialdiagnostischen Beziehungen dieser Erkrankung zum Pemphigus, Herpes zoster, Lues, Stomatitis aphthosa. — Ahlfeld (141) demonstrirt ein Kind in der ersten Lebenswoche mit einer gonorrhoischen Affection der Mundschleimhaut. In den Membranen liessen sich Neisser-sche Diplococcen nachweisen. — Ueber das Vorkommen von Steinen in den verschiedenen Speicheldrüsen berichten Costet (75), Combe und Dubousquet-Laborderie (415), Nové-Josserand (339) u.a.m. — Die Therapie der Hasenscharten wird auf Grund eines umfangreichen Materials aus der Göttinger Klinik von Fahrenbach (135) erörtert. — Einen eigenartigen Fall von Kieferklemme durch eine fehlerhafte Stellung des Weisheitszahnes, der sich wie ein Riegel in den Musc. pharyng. intern. einschob, berichtet Sachse (135). — Blumenau (17) sah eine primäre Gangrän des Rachens bei einem 22jährigen Soldaten, die sich an eine Halsentzündung anschloss.

Watten (185) giebt einen statistischen Bericht über die Häufigkeit der Miterkrankung des Rachens bei Syphilis. — Bloch (465) bringt aus einem reichhaltigen Material eine Uebersicht über die Primäraffecte an den verschiedenen Theilen der Mundhöhle. — Chompert (410) bespricht die Veränderungen der Zähne, die durch hereditäre Lues bedingt werden.

Morestin (504) führt die Ranula suprahyoidea auf das Bestehen von Fortsätzen der Sublingualdrüse zurück, die sich durch den Musc. mylo-hyoideus hindurch drängen. — Bussenius (362) sah bei einem Kalbe, das er mit einer Reincultur des von ihm und Siegel für die Maul- und Klauenseuche als characteristisch angenommenen Bacillus geimpft hatte, Bläschen und Ulcerationen an der Schleimhaut des Maules und an den Klauenfalten entstehen.

Im Laufe der letzten Jahre sind mehrere Mittheilungen veröffentlicht worden, die melden, dass sich innerhalb der Rachen- und Gaumentonsille des Oefteren Anzeichen einer latenten tuberculösen Erkrankung gefunden haben. So meldet Gottstein (69), dass er in 6 Fällen von adenoiden Wucherungen Riesenzellen und Tuberkelbildung gefunden habe; Verkäsung und Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Prognose hält er in solchen Fällen für günstig. — Brindel (407) fand bei 68 adenoiden Vegetationen 8 Mal Tuberculose, d. h. in 12,5pCt. der Fälle. — Lermoyez [s. Helme (409)] fand unter 75 Fällen nur einmal die Zeichen von Tuberculose. Dahingegen haben Wright, Park, Botey (223) die im vorjährigen Bericht erwähnten Dieulafoy'schen Versuche von Uebertragung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen auf Meerschweinchen nachgemacht und konnten im Gegensatz zu Dieulafoy keine tuberculöse Infection nachweisen. — Fraenkel (339) hat mittelst eines von Siebenmann angegebenen Palatometers die Gestalt des Gaumenbogens bei zahlreichen Kindern gemessen. Er fand, dass man bei Septum-Deviationen häufig, aber nicht immer, einen über das Normalmaass hinausgehenden Höhenindex des Gaumenbogens findet. Die Maxima bei den Formanomalien entsprechen sich jedoch nicht. Die Septumdeviationen glaubt Fraenkel vielfach durch Anomalien des Gaumens bedingt. Ein

Zusammenhang derselben mit adenoiden Vegetationen dünkt ihm wenig wahrscheinlich. — Chapard (125) bespricht die Deformitäten, die sich im Thorax auszubilden pflegen, wenn die Athmung durch Hyperplasien der Gaumen- und Rachenmandel beeinträchtigt wird. — Thost (130), Walker Downie (131), Sheild (133), Hennebert und Janquet (133), Hardie (134), Frankenberger (310) glauben auf Grund des Ergebnisses ihrer Statistiken, dass die Hyperplasie der Rachenmandel bei der Taubstummheit eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. — Merrick (408) tritt der Meinung entgegen, dass adenoide Vegetationen sich im 12. bis 14. Lebensjahre spontan zurückbilden. Nach seiner Meinung verschwinden dieselben erst nach dem 30. Lebensjahre, und Bryson Delavan (408) glaubt, dass die adenoiden Wucherungen, sich selbst überlassen, schwere Schädigungen des Allgemeinbefindens in ihrem Gefolge haben. — Helme (99) bespricht die acuten Entzündungen der adenoiden Vegetationen. — Gillette (171) sah in mehreren Fällen von Schiefhals durch Entfernung der Rachen- und Gaumentonsille Besserung und einmal sogar Heilung eintreten.

Ueber den Retropharyngealabscess sind ausführliche Arbeiten veröffentlicht worden von Damm (18), Koplik (18), Thoyer-Rozat (188). Koplik (18) giebt eine auf grosser Eigenerfahrung beruhende Nosologie dieser Erkrankung, für die er eine Eintheilung in eine acute, in eine chronisch tuberculöse und in eine septische Form unterscheidet. Die letzte Gruppe umfasst die durch Infection oder im Gefolge von exanthematischen Erkrankungen auftretenden Fälle. Die Therapie wird eingehend erörtert. Koplik giebt anscheinend der Incision vom Rachen aus nach Bokai's Vorschlag den Vorzug; ähnlich Jefferis-Turner (375), während Courtade (375) bei seitlich gelegenen Abscessen die Incision von aussen her bevorzugt. Casuistische Beiträge liefern: Curgenven, Emil Mayer (18), Dollinger, Puttemans (188). — Die Behandlung der Phosphornekrose ist Gegenstand der Arbeiten von Bogdanok (135) und Riedel (136); beide Autoren befürworten eine möglichst radicale Operation.

D. Diphtherie und Croup.

Der heutige Stand der Diphtherie-Frage wird in einer eingehenden Arbeit von C. Fränkel (375) erörtert. Dieser Autor kommt zu dem Schluss, dass eine Revision unserer Krankheitsbegriffe vom ätiologischen Standpunkte aus nothwendig ist, wie sie bereits in Frankreich erfolgt ist. Dort spreche man bereits von Streptococcie und Colibacillose. Der frühere Begriff der Diphtherie deckt sich nicht mit dem Krankheitsbilde, das durch den Löffler'schen Bacillus hervorgerufen wird; denn dieser bedingt zuweilen auch Angina-Formen, die von Häutchenbildung ganz frei sind, während andererseits Membranen unabhängig von dem Löffler'schen Bacillus durch Cocceninfection hervorgerufen werden können [s. hierüber auch Dmochowski (496)]. Des weiteren werden die Quellen der Infection und die Maassregeln zu deren Bekämpfung besprochen. Von grösster Bedeutung erscheint Fränkel die Isolirung aller wirklich Erkrankten und aller einer Erkrankung ver-

dächtigen Personen. Zur Behandlung wird neben all' den anderen Mitteln, die noch gegen Infectionskrankheiten herangezogen werden können, das Serum auf's Wärmste empfohlen. — H. Biggs (190, 416) bestätigt, dass bei Anginen, die ohne Membranbildung verliefen, hochvirulente Diphtheriebacillen gefunden werden, und dringt desshalb gleichfalls darauf, dass jede Angina, bei der sich Diphtheriebacillen finden, ebenso wie die Scarlatina so lange streng isolirt werde, als noch irgend welche Infectionsgefahr vorliegt. — In einem gewissen Gegensatz hierzu steht die Ansicht von Smith (190), welcher glaubt, dass man den Einfluss der Schulen auf die Weiterverbreitung der Diphtherie überschätze. Denn während in London die Zahl der die Schule besuchenden Kinder von 1871 bis 1894 um 81 pCt. gestiegen ist, hat sich die Zahl der Erkrankungen während dieser Zeit nur um 11 pCt. vermehrt. Die Redaction der Lancet hält die Schlussfolgerungen, die Smith aus dieser statistischen Zusammenstellung gezogen hat, nicht für zutreffend.

Ein Bild von den Wegen, welche Diphtheriebacillen bei ihrer Uebertragung zu nehmen pflegen, geben die Untersuchungen von Gross (378), der bei einer Prüfung von 314 gesunden Hälsen und Nasen in 79 pCt. die Anwesenheit des Diphtheriebacillus constatiren konnte. In der Nase allein fand sich derselbe in 65 pCt. der Fälle. — Eine weitere umfassende Abhandlung über die wichtigsten Fragen rührt her von Monti (21). Dieser befasst sich mit Untersuchungen über die verschiedenen Grade von Empfänglichkeit für das Diphtheriegift, dessen biologische Eigenschaften, seine Uebertragungs- und Wirkungsweise. Das klinische Bild der Diphtherie mit all' ihren Nachkrankheiten, ihre Prognose, Therapie und die verschiedenen Arten der Toxinwirkungen werden ausführlich von ihm erörtert. — Draër (75) hat Untersuchungen darüber angestellt, wie oft sich die klinische und die bacterielle Diagnose der Diphtherie mit einander decken. Er fand, dass die klinische Diagnose in 23,1 pCt. der Fälle durch die bacteriologische Prüfung eingeengt wird.

Lennox Browne und Merritt (299) unterscheiden je nach dem bacteriologischen Befund 12 Arten von membranöser Halsentzündung. — Sabatier (297) will im Gegensatz zu den jetzt herrschenden Anschauungen der bacteriologischen Untersuchung für die Diagnose und Therapie der Diphtherie keinen entscheidenden Einfluss einräumen. — Nach Nowack (192) bildet die Diphtherie im Anfang eine durch den Löffler'schen Bacillus und Streptococcen bewirkte, rein locale Erkrankung; im späteren Stadium kommt es gewöhnlich zu einer allgemeinen Streptococcen-Infection. Die Löffler'schen Bacillen nehmen nicht eben sehr häufig an dieser allgemeinen Infection theil. — Nach Variot (468) ist es nicht richtig, dass das Zusammentreffen von Diphtheriebacillen und Streptococcen, also die sogenannte Mischinfection, eine schwere Prognose bedingen müsse. Bestimmend für den Ernst der Affection erscheint ihm nur der Grad der Virulenz der betreffenden Mikroben. — Auch Roger (510) neigt zu der Ansicht, dass die bacteriologische Untersuchung über den Verlauf und Ausgang der Krankheit keinen Aufschluss gebe. Kanthack dagegen äussert sich gelegentlich einer Discussion über einen Vortrag von Stevens und Parfitt über hämorrhagische Diphtherie (510) dahin, dass der Tod bei der Diphtherie gewöhnlich das Resultat einer

Mischinfection sei. — Gallez (189) hat nochmals die diphtherieartigen Erkrankungen der Vögel untersucht und kommt zu dem Schluss, dass unter dem Namen der Vogeldiphtherie zwei nicht ganz gleiche Erkrankungsformen zusammen geworfen werden. Die eine bezeichnet er als die wahre Vogeldiphtherie, die andere als einen contagiösen Catarrh, der durch den abgeschwächten Löffler'schen Bacillus bedingt zu sein scheint. — Barella (191) glaubt nicht an die Identität der Diphtherie bei Menschen und Vögeln. Eine Ansteckung von Thier zu Thier kommt seiner Meinung nach nur durch das Aufpicken des Conjunctivalsecretes zu Stande.

Engel (192) sieht in der Vermehrung der Myelocyten, sobald diese in mehr als 2—3 pCt. vorhanden sind, ein prognostisch ungünstiges Zeichen. — Die Blutuntersuchungen von Billings (347) ergaben, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt nach Seruminjection weniger abnehme als ohne diese. — Spronck (77) hält dafür, dass der Croup fast ausnahmslos eine diphtherische Erkrankung sei. — Nicolas (254) meint, dass man das Princip der Vidal'schen Typhusdiagnose auch bei der Diphtheriediagnose mit Vortheil anwenden könne.

Die morphologischen und culturellen Eigenschaften des Diphtheriebacillus werden von Cobbett und Philipps (468) und Peters (468) eingehend besprochen. — Crouch (75) giebt an, dass eine 1proc. Methylgrünlösung eine für Diphtheriebacillen characteristische Färbung gäbe. — Brieger und Boer (378) gelang es, die eigentliche Diphtherie-Toxine von den Bacterienleibern zu trennen. Dieselbe wird von oxydirenden, nicht aber von reducirenden Mitteln angegriffen. Die Bacterienleiber sind Träger eines necrotisirenden Giftes, das gegen die gebräuchlichen Agentien grosse Widerstandskraft besitzt. — Uschynski (296) war im Stande, Diphtheriebacillen auf eiweissfreien Nährböden zu züchten. — Cartwright und Wood (421) injicirten, um ein möglichst kräftiges Serum zu erhalten, einem Pferde Diphtherie-Albumose. — Durch die Benutzung der Electrolyse glaubte Smirnow (189) ein wirksames Diphtherie-Antitoxin erhalten zu können. Bolton (296) bestätigt diese Angabe, glaubt aber, dass die auf diese Weise erhaltenen Mengen für den practischen Gebrauch zu gering sind. — Koplik (191) erhitzt, um möglichst schnell zu einer bacteriologischen Diagnose zu kommen, den Brutschrank bis zu der höchsten, den Löffler'schen Bacillen zusagenden Temperatur (37—38°); nach Verlauf von $2^1/_2$ Stunden zeigen diese dann schon Wucherungsvorgänge, während Strepto- und Staphylococcen noch unverändert sind. — Eine vorläufige Mittheilung über eine Methode zur Beschleunigung der Darstellung des Diphtherie-Serums bringt Wood (24). — Schmidt und Pflanz (189) wiesen in der Muttermilch antitoxische Eigenschaften nach. — Auch das normale Pferdeserum besitzt nach Féré (416) zuweilen eine antitoxische Kraft.

Die Urtheile, die über die Wirkung des Behring'schen Diphtherie-Antitoxin laut geworden sind, sprechen dafür, dass auch in diesem Jahr die Zahl derer, die sich als Anhänger dieser Methode bekennen, zugenommen hat. Günstige Urtheile haben abgegeben: Thiersch (19); Reinecke (19); Palmer, Janowski (20); Sevestre (23): Kitasato (28) — in Japan nach Einführung des Serums

8,78 pCt. Todesfälle, vorher 56,74 pCt. —; Soltmann (143); Huguenin (144); Gevaert (168) — dieser hat nach seinen neueren Erfahrungen sein früheres, ungünstiges Urtheilt gewandelt —; Kossel (250) — dieser sucht den Einwand Gottstein's zurückzuweisen, dass nur die procentuale, nicht die absolute Mortalitätsziffer durch die Serumbehandlung herabgegangen sei —; der Bericht der American Pedriatic-Society (257—259); Braader (342) — Krankenhaus in Esslingen —; Hammer (342) -- Kinderklinik in Heidelberg —; die Krankenhäuser in Riga, Moskau, Kiew (344), in Birmingham (345); Oesterreich (346, 347); Zuppinger in Wien (419, 470); Tschlenow in Russland (419); Turner und Ashworth (421) in Queensland; Muijsken (471) in Utrecht; Ganghofner (470) in Prag.

Ungünstig dagegen lautet das Urtheil von Kassowitz (23, 252), der in Triest trotz energischer Behandlung mit Diphtherie-Serum eine Zunahme der Todesfälle sah; von Ernst und Winters (148), die das Heilserum geradezu für schädlich halten; von Stowell (148), der zu ähnlichen Anschauungen neigt, aber die Frage scheint ihm noch nicht vollständig geklärt; auch scheint ihm (349) das Serum die Entwickelung von Pneumonie und Diphtherie zu begünstigen. — Auch Sörensen (252, 418) theilt die günstige Meinung über das Diphtherie-Serum durchaus nicht. — Aehnlich Lee (254, 348) und Adradas (345). — Rosenbach (342) meint, dass die Schwierigkeiten der Statistik unterschätzt würden. Seiner Meinung nach bleiben die Leistungen des Serums hinter den anfänglichen Erwartungen und den früher erreichten Resultaten zurück. — Ueber die Frage, worauf die nach Serumeinspritzungen so oft beobachteten üblen Folgeerscheinungen zurückzuführen seien, gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren weit auseinander. So berichtet Auerbach (20) über einen Fall, bei dem am vierten Tage nach der Einspritzung Erythema exsudativum und Gelenkschwellung auftraten. Am 24. Tage nach dem Verschwinden dieser Erscheinungen stellten sich periostitische Verdickungen der Tibiaflächen und der Ulnaränder ein, die erst nach 7 Tagen zurückgingen. — Mumdorff (149) dagegen gelang es, schwere postdiphtherische Lähmungen durch Seruminjectionen zu heilen. — Vissman (346) wieder fand bei Kaninchen, denen er Serum eingespritzt hatte, trübe Schwellung der Nieren. — Dahingegen ist Sevestre (421) der Meinung, dass die nach der Seruminjection auftretenden Erscheinungen, wie Fieber, Erbrechen, Gelenkschmerzen, Exantheme, Albuminurie, nicht sowohl von dem Serum als vielmehr von einer gleichzeitigen Streptococcen-Infection abhängig sind. — Die verschiedenen plötzlichen Todesfälle, die nach der Seruminjection beobachtet worden sind, deren Gottstein (419) sieben bei diphtheriekranken Kindern und vier bei nicht diphtheriekranken Kindern gesammelt hat, will Seibert (147) auf das Miteintreten von Luft bei der Einspritzung zurückgeführt wissen.

Die Resultate, welche die zu Immunisirungszwecken vorgenommenen Einspritzungen von Diphtherie-Antitoxin ergeben haben, sind nach dem Urtheil der verschiedenen Autoren derartig ausgefallen, dass weitere Versuche nach dieser Richtung hin angezeigt erscheinen. So berichtet Palmer (20), dass unter 200 Schutzimpfungen nur eine versagte. — Gordon Morill (31) hat in der ihm unterstellten Abtheilung innerhalb von 4 Monaten nur einen Fall von Hausinfec-

tion gesehen, und zwar handelte es sich hier um ein Kind, bei dem seit der letzten Einspritzung 36 Tage vergangen waren. Nach den vorliegenden Erfahrungen reicht der Impfschutz höchstens 28 Tage. — Schippers und Graanboom (144) halten es gleichfalls für gerathen, wenn auch das bisher vorliegende Material zur Lösung dieser Frage noch nicht ausreicht, mit Präventiv-Einspritzungen weitere Versuche anzustellen. — Dutton Steele (79) fand bei nach Diphtherie-Vergiftung gestorbenen Thieren in den Ganglienzellen der Hirnrinde destructive Processe, die mit den von Berkley nach Vergiftung mit Ricin und Alhohol beschriebenen übereinstimmten. — Henschen (79) sah als Folgeerscheinungen der Diphtherie eine disseminirte Sklerose.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Ellenbeck (33) hat an einem grösseren Beobachtungsmaterial festzustellen sich bemüht, welche Varianten des Kehlkopfes in Bezug auf Gestalt, Farbe der Schleimhaut und Stellungseigenthümlichkeiten noch als normal zu betrachten sind. — Neumayer (304) suchte die Wirkungsweise der verschiedenen Kehlkopfmuskeln in der Weise festzustellen, dass er unmittelbar nach dem Tode frei präparirte Muskeln durch Anlegung warmer Metallstäbe in eine Wärmestarre brachte. Als Ergebniss dieser Untersuchungsmethode fand er, dass die sogenannte Cadaverstellung der Stimmbänder durch die Todtenstarre vielfach modificirt wird. — Bonnier (431) studirte die Wirkungsweise der verschiedenen Muskeln, die bei der Phonation in Thätigkeit treten. — Kokin (260) und Hédon (305) fanden im Nv. laryngeus sup. vasomotorische und secretorische Fasern für die Schleimhaut des Larynx und der oberen Theile der Trachea. Der untere Theil der Trachea wird nach Kokin vom Recurrens versorgt. — Friedrich (350) hat mittels der Taenzer'schen Orceinfärbmethode genaue Aufschlüsse über die Anordnung der elastischen Fasern im Kehlkopf gegeben. — Wilmart (350) fand, dass von den 3 Durchmessern des Kehlkopfes der von vorn nach hinten verlaufende am wenigsten variabel sei, danach kommt der verticale und endlich der transversale. — Refslund (384) berichtet über eine Missbildung der Epiglottis bei einem Neugeborenen, die zu Respirationsstörungen Veranlassung gab. — Némai (487) demonstrirt, dass die nach aussen gerichteten Bewegungen im Crico-arytaenoid-Gelenk nicht in einer Horizontalen vor sich gehen, sondern in Folge einer besonderen Einrichtung des Gelenks erfolgt die Auswärtsbewegung in einer Diagonalebene nach oben, die Einwärtsbewegung in einer Diagonalebene nach unten.

Auf die bereits im vorjährigen Bericht erwähnte Kirstein'sche Methode der Autoskopie beziehen sich die Mittheilungen von Ephraim, Bruns, Ziem, Kirstein, Cheval, Klemperer (32, 33, 40, 194, 195), Wagnier (423), Stein, Heryng (474). Kirstein (475) selbst bringt ein neues Verfahren — combinirte Laryngoskopie — zur Kenntniss, durch welches mittelst gleichzeitiger Benutzung seines Spatels und des Laryngoskopes eine besonders günstige Ansicht von der Epiglottis und dem vorderen Kehlkopfwinkel erzielt wird. — Auf das Katzenstein'sche, bereits im vorjährigen Bericht erwähnte Orthoskop beziehen sich die Referate auf

Seite 37 und 111. — Escat (350) giebt einen Zungenspatel an, der die laryngoskopische Untersuchung kleiner Kinder wesentlich erleichtert. — Lack (526) zeigt, wie man bei kleinen Kindern leicht ein Kehlkopfbild gewinnen kann, wenn man mit dem linken Zeigefinger das Zungenbein nach vorn zieht, während man den Kehlkopfspiegel einführt. – Ueber ein intralaryngeales photographisches Verfahren berichtet Yonge (33). — French (219) benutzt zur Photographie des Kehlkopfes Bogenlicht. — Scheier (120, 423) hat den Kehlkopf und die Nase mittelst Röntgenstrahlen photographirt und hofft von diesem Verfahren gute Dienste für unsere Disciplin, z. B. für die Diagnose der Fremdkörper und für das Studium der Lautbildung. — Musehold (362) hat zahlreiche stroboskopische Untersuchungen über den Bewegungsmodus der Stimmlippen beim Singen vorgenommen. Die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen gehen dahin, dass beim Brustton die Stimmlippen eine feste Berührung, beim Falsett eine Spalte zeigen. Auf Grund dieser Befunde glaubt Musehold, dass es sich nur beim Falsett um durchschlagende, beim Brustton aber um aufschlagende Schwingungen handelt. — Kuttner (364) scheint diese Behauptung noch nicht genügend erwiesen; Flatau (364) konnte das Verstrichensein der Glottisspalte beim Brustton nicht constatiren. Mit demselben Thema beschäftigt sich eine Arbeit von Réthi (433).

Eine ganze Reihe von Mittheilungen, welche die Stimm- und Sprachstörungen zum Gegenstand ihrer Erörterungen machen, werden erwähnt Seite 89—92. Von diesen heben wir hervor eine Arbeit von Botey (90) über Eunuchenstimme und zwei Arbeiten über Sigmatismus von Freytag und Coën (91). — Bei der Eunuchenstimme beobachtete Kayser (medic.-pädagog. Monatsschr. f. ges. Sprachheilk. April 1897) ein jedesmaliges auffallendes Ansteigen des Kehlkopfes während der Lautgebung. Wenn er durch Auflegen eines Fingers diesen Aufstieg verhinderte, so wurde die Stimme tiefer. Eine mehrmalige Wiederholung dieser Procedur führte in 2 Fällen zur Heilung. — Labit (308) stellt die verschiedenen Theorien zusammen, die zur Erklärung der Eunuchenstimme aufgestellt worden sind. Bei einem jungen Manne gelang es ihm durch entsprechende Stimmübungen diese Stimmstörung zu heben. — Ueber die functionelle Rhinolalia aperta und deren Therapie berichtet Gutzmann (106). — Seifert (114) macht die Hypertrophie der Zungentonsille für manche Störungen der Singstimme verantwortlich. — Knight (226) spricht über die intermittirende spastische Dysphonie, die er auf Ermüdung der Sprachorgane zurückführt. — Castex und Teichmann (309) fanden bei sechs ovariotomirten Frauen keine oder nur geringfügige Aenderungen in der Stimme. — Lewis (309) sieht im Stottern den Ausdruck einer mangelhaften Controlle der geistigen Willensenergie über die ausübenden Organe der Sprache. Schon die Absicht sprechen zu wollen, genügt, um eine spasmodische Thätigkeit hervorzurufen. — Liebmann (433) hät alle Uebungen der Athmung, Stimme und Articulation beim Stottern für überflüssig. Als wesentlich betrachtet er nur die Herstellung eines richtigen zeitlichen Verhältnisses zwischen den consonantischen und vocalischen Elementen der Sprache. — Ein Vorschlag von Dundas Grant (Rev. hebdom. d'otol. etc. 1897 p. 887), der gewisse Rauhigkeiten bei Sängern, die in einer Congestion der Schleimhäute ihren Grund haben,

durch phonatorische Uebungen zu bekämpfen sucht, erfährt Widerspruch von Vacher, der durch Anstrengung der Stimme im Falsett-Register eine Beeinträchtigung der Stimme in Mittellage entstehen sah. Zur Vermeidung eines allzu energischen Stimmbandverschlusses, besonders bei Anfängern, wodurch leicht die Entstehung von Stimmbandknötchen veranlasst werde, räth Grant jedem Vocal beim Singen einen L-Laut voranzusetzen. Moure und Castex (l. c.) dagegen glauben, dass ein normaler Stimmbandschluss nicht schädlich sein könne. Moure räth ausdrücklich, man möge hohe Töne, die der Bruststimme irgend welche Schwierigkeiten machen, im Falsett nehmen. — Von Interesse ist eine Mittheilung von Maljutin (432) der durch Zuhilfenahme von Stimmgabeln eine weitere Ausbildung der Singstimme erzielte.

Gerhardt (34) und Lublinski (34) berichten von einer eigenthümlichen Form der Laryngitis, die sie bei Bäckern gefunden haben. Dieselbe zeichnete sich durch ein eigenartiges, klebriges, kleisterähnliches Sputum aus, das deutliche Jodreaction gab. Es liegt nahe, den eingeathmeten Mehlstaub für diese Affection verantwortlich zu machen. Die Schleimhaut der oberen Luftwege gab keine Jodreaction. — A. Kuttner (317) tritt auf Grund eines mehrere Jahre hindurch beobachteten und histologisch untersuchten Falles für das Vorkommen einer genuinen Form der Chorditis hypertrophica inferior ein. Zu ähnlichen Resultaten kommt v. Sokolowski (352), der eine ganze Reihe derartiger sorgsam beobachteter, zum Theil histologisch untersuchter Fälle veröffentlicht. Beide Autoren geben die von Störk aufgestellte Pathogenese ohne Weiteres für eine grosse Zahl von Fällen zu, finden aber neben denselben noch eine von jeder Affection der Nase und des Rachens unabhängige selbstständige Form der Chorditis hypertrophica inferior. — Auf die verschiedenen Arten der acuten Verengerungen des Kehlkopflumens und deren Therapie bei Kindern bezieht sich ein Vortrag Massei's (118). — Delbrel (425) tritt für die Möglichkeit einer selbstständigen Urticaria der Luftwege ein. — Birket (228) sah eine Perichondritis des Crico-arytaenoid-Gelenkes, die er als Metastase einer Gonorrhoe aufzufassen geneigt ist. — Marvin (352) bringt zwei Fälle von Pachydermia laryngis zur Mittheilung, die dadurch besonderes Interesse erregen, dass der eine einen 14jährigen Knaben, der andere ein 22jähriges Mädchen betraf. — H. Zwillinger (352) tritt in einer interessanten Arbeit dafür ein, dass die Pachydermia laryngis ihrer ganzen Aetiologie und ihrem pathologisch-anatomischen Bilde nach als eine Leukokeratose aufzufassen sei. Er stellte dieselbe auf die gleiche Stufe wie die Leukoplacia oris. Als weitere Stütze für die Zusammengehörigkeit dieser Affectionen führt Zwillinger an, dass beide des öfteren in Carcinom übergehen. Er beruft sich dabei auf zwei von Klebs mitgetheilte Fälle, von denen allerdings Kuttner seiner Zeit nachgewiesen hat, dass es mehr als unwahrscheinlich sei, dass es sich bei diesen um Carcinom gehandelt habe. — Ueber die acuten infectiösen Entzündungen des Rachens und des Kehlkopfes berichten Przedborski (151, 350); Otto (151); Miller, Stillson (184); Seguin (424); Porter (184). Der letztere giebt der Meinung Ausdruck, dass manche acute Laryngitis und Pharyngitis klinisch und bacteriologisch als erysipelatöse Erkrankungen aufzufassen seien. — Dunbar Roy (156) und Egger (351) berichten über je einen Fall, den sie als angioneuroti-

sches Oedem ansehen. — Zwei Fälle von leukämischer Infiltration des Kehlkopfes, die beide durch die Section sicher gestellt wurden, werden mitgetheilt von Ebstein (157) und Mager (157).

Mit der Kehlkopfsyphilis, der hereditären sowohl wie der selbsterworbenen, beschäftigen sich die Mittheilungen von Neurath, Bronner, Davezac, Mendel (155, 156); u. a. m. — Gennes und Griffon (427) berichten über einen Fall von Gummibildung im Kehlkopf. — Whistler (155) unterscheidet bei den syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes neben den Früh- und Spätererscheinungen noch ein Uebergangsstadium zwischen diesen beiden. — In der Aetiologie der Larynxstenosen nimmt die Lues einen hervorragenden Platz ein; die Pathogenese derselben und ihre Therapie wird besprochen von Egidi (388); E. Meyer (516); Kiaer (516); Rogers, Galatti (517). — Eine Abhandlung über die Syphilis der Trachea rührt her von Percy Kidd (429).

Zahlreiche Arbeiten behandeln wiederum die Therapie der Kehlkopftuberkulose in der bekannten Weise (p. 153, 155). Das Guajacol wird warm empfohlen von Watson Williams (526). — Turner (152) benutzt mit Vorliebe die Chappel'sche Mixtur (Creosot, Gaultheria, Menthol, Castoröl und Ol. hydrocarbolicum). Hedderich (44, 154); Lublinski, Seifert (44) konnten mit dem Parachlorphenol die günstigen Erfolge, die Spengler demselben nachrühmt, nicht erzielen. — Scheppegrell (Rev. hebdom. d'otol. etc. 1897 p. 1017) empfiehlt eine Kupferkataphorese, die ihm in drei Fällen von Larynxtuberkulose gute Dienste geleistet hat. — Für das Vorkommen der primären Larynxtuberkulose tritt Aronsohn (316) von neuem ein. — Brunner (445) berichtet über einen tuberkulösen Stimmbandpolypen. — Wright (223) fand an einem tuberkulösen Larynx den Beweis, dass Bacillen die intacte Epitheldecke zu durchdringen im Stande sind. Ob dasselbe auch für den gesunden Kehlkopf gilt, lässt Wright dahingestellt. — Koschier (153) beobachtete eine Combination von Sklerose und Tuberkulose des Kehlkopfs. St. Clair Thompson (526) sah Larynx-Lupus gleichzeitig mit einer Lungentuberkulose.

Moure (424) bespricht die nodulöse Laryngitis bei Kindern, Quaife (475) diejenige der Erwachsenen. Ueberanstrengung der Stimme erscheint beiden Autoren als das wesentlichste ätiologische Moment. Ruhe und anticatarrhalische Behandlung halten sie zur Erzielung einer Heilung für ausreichend. — Aehnliche Ansichten äussern Botey (197); Rauglaret (385). — Kanthack (449) fand bei Sängerknötchen die ausgesprochenen Zeichen einer interstitiellen Myositis. — Ueber das Vorkommen von Papillomen und deren Behandlung berichten zahlreiche Autoren: Gibbs, Sikkel (199); Farnham, Lohrstorfer (200); Hunter Mackenzie, Poyet, Lacoarret (385); Delavan, Cheatham (477); Morelli (485); v. Navratil (34), der eine ausführliche Beschreibung der von ihm geübten Behandlungsmethode giebt. Bei bedrohlichen Erscheinungen räth er zu sofortiger Tracheotomie, erforderlichenfalls zur Laryngofissur. Sind die Beschwerden nicht grade bedrohlich, so sucht er zuvörderst per vias naturales zum Ziele zu kommen. — Massei (199) zieht die endolaryngeale Behandlung der chirurgischen vor; Rosenberg (319) glaubt, dass die Laryngotomie nur bei älteren Kindern gestattet ist. Wenn überhaupt ein Eingriff nothwendig ist, so versucht Rosenberg zuvörderst die endolaryngealen Behandlungsmethoden.

Aehnliche Ansichten vertritt Semon (277). — Heryng (4, 476) empfiehlt gegen Papillome Pinselungen mit Phenolsulphoricinol. — v. Navratil (168) führte in zwei Fällen die Tracheotomie mit nachfolgender Laryngofissur aus, um subglottisch sitzende Tumoren (Papillom und Fibrom) zu entfernen. — Ueber das Vorkommen weiterer Kehlkopf-Tumoren berichten Scafi, Chiari, Carrera (198 bis 199): Fibrome; Jousset (386), Lichtwitz (428): cystische Tumoren; Brindel (428): Enchondrom u. a. m. — Pierce (478) erörtert von neuem die Frage von der Umbildung gutartiger Tumoren in bösartige. Er kommt zu dem Schluss, dass diese Möglichkeit zwar zugegeben werden muss, glaubt aber, dass ein solches Ereigniss im Kehlkopf gewiss nicht häufig sei und dass man bei einer derartigen Annahme nicht vorsichtig genug sein könne. — Goodale (477) theilt einen hierher gehörigen Fall mit, den er als ein nach der Operation krebsig degenerirtes Papillom aufgefasst zu wissen wünscht.

Gelegentlich einer Discussion auf der 68. Naturforscherversammlung (104) über Kehlkopfkrebs wurde von verschiedenen Rednern, Störk, Semon u. a. m. die Beweisfähigkeit der augenblicklich vorliegenden Statistiken bemängelt, da vielfach Fälle zusammengetragen werden, die nicht zusammengehören, und Operationen einregistrirt werden, die von vornherein keinerlei Heilungsresultat erwarten liessen. Des ferneren wurde von Semon, Ascher, Scheff und Pluder darauf hingewieseu, dass es nicht richtig sei, wenn der klinischen Beobachtung neben der pathologisch-anatomischen Untersuchung, die durchaus nicht vor Fehl-Diagnosen sichere, nur eine nebensächliche Rolle zuerkannt würde. — Bei der Besprechung der Sendziak'schen Arbeit über die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung (208—217) weist Semon auf's Nachdrücklichste darauf hin, welch' wesentlich bessere Erfolge diese Behandlung aufzuweisen habe, seit man — etwa seit dem Jahre 1888 — auf diejenigen Momente achten gelernt habe, die eine frühzeitige Diagnose ermöglichen, und seit man in der Technik der Operationsmethoden bedeutsame Fortschritte gemacht habe. — Diesen Verbesserungen der Technik ist auch die Arbeit von Plücker (479) gewidmet. — Mit denselben Fragen beschäftigt sich des ferneren ein Vortrag von Delavan (220), der bezüglich der Thyreotomie die Vorschläge und Indicationen Butlin's acceptirt, aber auch der Solis-Cohen'schen Methode der totalen Laryngectomie warm das Wort redet. — Weitere Arbeiten, die hierher gehören, rühren her von Walker Downie; Crile (386), der in vier Fällen von Totalexstirpation glatte Heilerfolge erzielte; Grand (386); Brady, Pantaloni und Thomas (387); Schmiegelow (477); Botey (387, 428), der die Totalexstirpation bei malignen Tumoren ihrer ungünstigen Erfolge wegen vermieden wissen will. Aehnlich urtheilt Newman (445) in einer Discussion über zwei von Spencer und Lack (444) operirte Fälle. Semon (445) geht nicht so weit, dass er die Totalexstirpation ganz vermieden wissen will, er lässt sie vielmehr für alle Fälle, die irgend welche Aussicht auf Erfolg bei der Operation gewähren und denen sonst nicht beizukommen ist, zu, aber er giebt der Hoffnung Ausdruck, dass man allmählich so weit kommen werde, dass die einzelnen Fälle zur Diagnose gelangen, bevor die ultima ratio nothwendig wird. — Casuistische Beiträge zu dem Capitel der malignen Geschwülste des Larynx und der Trachea werden beigebracht Seite

36, 201—202 u. a. a. O. — Mit der Technik des Operationsverfahrens bei derartigen Tumoren beschäftigen sich die Arbeiten von Gluck, Thompson, Kümmel, Wagner, Baurowicz (34—36).

Einen Fall von gut geheilter Kehlkopffractur erwähnt Sheild (388). —

Einen überaus inhaltsreichen und instructiven Vortrag über die Ursachen der Recurrens-Paralysen lieferte Lermoyez in der Société française d'otolog. etc. (Rev. hebdom. d'otol. etc. 1897 p. 919), in dem alle einschlägigen Fragen, die irgendwie zur Anatomie, Physiologie oder Pathologie des Recurrens und seiner Centren Beziehung haben, ausführlich behandelt werden. Bei allen noch nicht endgiltig entschiedenen Punkten wird objectiv das Für und Wider besprochen und schliesslich der Standpunkt des Referenten selbst präcisirt. In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion trat Vacher im Gegensatz zu Lermoyez für die Möglichkeit einer Recurrensparalyse auf hysterischer Basis ein. Moure berichtete wieder über einen Fall von Adductorenparalyse; das betreffende Stimmband stand in extremer Abductionsstellung. Lermoyez sucht diese Fälle, deren Möglichkeit er zugab, dadurch zu erklären, dass er für sie einen Typus inversus in den von Risien Russell gesonderten Adductoren- und Abductorenfasern annahm. — Verschiedene Fälle von Recurrens-Paralyse mit eigenartiger Aetiologie werden mitgetheilt von Faur (88): linksseitige Recurrenslähmung bei rechtsseitigem Pleuraexsudat mit Verrückung des Herzens nach links, hierdurch Zug am Recurrens; Danziger (88): Lähmung des Velum und des rechten Recurrens als Theilerscheinung einer Polyneuritis puerperalis; Zwillinger (89): Recurrenslähmung bei Meningitis basilaris syphilitica; Raugé (89): zehn Fälle von Recurrenslähmung chirurgischen Ursprungs. — P. Heymann (317, 433) sah in drei Fällen die Kehlkopfmuskeln durch Bleiintoxicationen und in einem Falle durch Arsenikvergiftung gelähmt. — Seifert (433) beobachtete eine Vaguslähmung nach Influenza. — Grünwald (110) giebt eine Reihe von Symptomen an, welche ihm geeignet scheinen, eine Controlle für die Diagnose der Recurrenslähmung zu ermöglichen. — Posticuslähmungen bei Tabes werden mitgetheilt von Mader (88), Gouguenheim und Plicque (431); Dundas Grant (531). — Weitere Fälle von Abductorenlähmung unbekannter Aetiologie werden erwähnt von St. Clair Thomson (531); Permewan (447), — bei einem 5jähr. Kinde —; Mayo Collier (524).

Ein Fall von Adductorenlämung des einen Stimmbandes, der im Gegensatz zu dem Semon'schen Gesetz stehen soll, wird vorgetragen von Angiéras (103). Die Beweisführung dieses Falles wird von Semon selbst durchaus abgelehnt. — Lazarus (316) berichtet über einen Fall von beiderseitiger Abductorenlähmung, die er durch eine auf Gonorrhoe beruhende Neuritis des Recurrens erklärt. — Cartaz (100) untersuchte 100 Fälle von Syringomyelie und fand fast in der Hälfte der Fälle motorische und sensible Störungen im Kehlkopf. — Von Wichtigkeit für die Frage von dem Ursprung des Recurrens ist eine Mittheilung von Grabower (318) über die Krankengeschichte und den Sectionsbefund eines Falles von Tabes mit linksseitiger Stimmbandlähmung, bei dem die Vaguswurzeln hochgradig atrophisch, die Accessorius-Wurzeln dagegen unversehrt waren. — Rehn (87) bespricht die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung des Stimmritzenkrampfes aufgestellt

worden sind und kommt auf Grund seines klinischen Beobachtungsmaterials zu dem Schluss, dass nicht die Rachitis als solche mit ihren Folgeerscheinungen, sondern eine fehlerhafte Ernährung diese Reflexkrämpfe auslöse. Eine fernere, eingehende Erörterung aller diesbezüglichen Fragen fand statt im Anschluss an die Vorträge von Loos und Fischl (87). Die Discussion zeigte, dass in der Deutung dieses Phänomens noch weitgehende Differenzen bestehen.

Getchell (430) hat 75 Fälle von Ictus laryngis gesammelt. — Moncorgé (431) berichtet über drei neue derartige Fälle. Er unterscheidet einen essentiellen und einen Pseudo-Ictus. Der letztere ist abhängig von Erkrankungen des Nervensystems, der Athmungswege und des Verdauungstractus. — Schadewaldt (317) hat sieben Fälle von Ictus laryngis beobachtet, von denen der eine letal endigte. Er sieht in dieser Erkrankung eine reflectorische, vom Nv. laryngeus superior ausgehende Einwirkung auf das Exspirationscentrum und auf das Hemmungscentrum des Herzens.

Reiser (84) bringt eine grössere Arbeit über die Pathogenese des Keuchhustens, in der er besonders ausführlich die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser Erkrankungen und ihre Complicationen behandelt. Hervorzuheben dürfte sein, dass von den 112 Fällen, die Reiser sah, nur 25 ohne Complication, 26 dagegen letal verliefen. Bronchopneumonien, Grippe, Stomatitis ulcerosa, Varicellen, Tuberkulose, Nasenblutungen, Gesichtsoedeme etc. wurden als complicirende Begleiterscheinung aufgestellt. Des weiteren werden als seltenere Complicationen noch besonders erwähnt: Lähmung des 6. und 7. Hirnnerven von Craig (85); Hirnhaemorrhagie von Oppenheim (85); Hemiplegie von Theodor (86): acute symmetrische Gehirnerweichung von Jarke (86); Rückenmarkserkrankungen von Bernhardt (86). — Ritter (85) hat 147 Fälle von Keuchhusten bacteriologisch untersucht und fand in jedem einzigen Falle einen von ihm characterisirten Diplococcus, den er für characteristisch für diese Erkrankung hält. — Kurloff (30) nimmt gewisse amöbenartige Gebilde mit lebhafter Eigenbewegung als Erreger des Keuchhustens an.

Die Intubation scheint von Jahr zu Jahr mehr Anhänger zu gewinnen. Olivier (83), Turner (474) rühmen dieses Verfahren sehr; desgleichen Guillaume und Hébert (83), die dasselbe der Tracheotomie vorziehen. — Aehnlich lautet das Urtheil von Kellock (384), von Poulet (383, 384) und von Charneil (383), die diese Methode trotz der Schwierigkeiten, die sie zeitweise mit dem Einsetzen und mit der Entfernung der Canüle hatten, warm empfehlen. — Casselberry (221) meint, dass die Intubation auch bei Erwachsenen, die an acuter Kehlkopfstenose leiden, mit gutem Erfolge angewendet werden könnte. — Galatti (266) hatte unter 31 Fällen, die er intubirt hatte, 18 Heilungen und 13 Todesfälle. Bei zwei Patienten bildeten sich narbige Stricturen, deren Ursprung wohl in Decubital-Geschwüren zu suchen sein dürfte. — Corradi (266) fand, dass die Schwierigkeiten bei der Einführung der Tube geringer sind, wenn man die Zunge durch einen rechts vom Patienten stehenden Assistenten herausziehen lässt. — Gillet (423) empfiehlt neben der Tubage als Ersatz für die Tracheotomie bei Croup die forcirte Dilatation nach Renon und das Auswischen des Kehlkopfes nach Variot. — Josias (518) dagegen verwirft die Intubation bei allen während der Masern auftre-

tenden Kehlkopfcomplicationen, weil er in allen derartigen Fällen Misserfolge zu verzeichnen hatte. Gegen diese scharfe Kritik wendet sich Sevestre (518), der bei Masern ebensowenig wie bei irgend einer anderen Erkrankung eine absolute Contraindication gegen die Tubage gelten lassen will. Er habe wiederholentlich auch bei Masern durch dieses Verfahren Erfolge erzielt. — Mehrere Arbeiten von O'Dwyer, Greene, Laird (519) beschäftigen sich mit der Frage, wie es möglich sei, dass, wie die alltägliche Erfahrung zeigt, bei intubirtem Larynx Brechbewegungen auftreten können, da doch die Physiologie lehrt, dass nur bei geschlossener Glottis Vomitus zu Stande kommen könnte.

Aufrecht (354) constatirte bei drei Trachealstenosen, dass das unter normalen Verhältnissen beim Aufsetzen des Stethoskops dicht oberhalb des Zungenbeins zu hörende rauhe Bronchialathmen durch ein kurzdauerndes, weiches Athemgeräusch ersetzt war oder dass an dieser Stelle überhaupt kein Athemgeräusch hörbar war. — Brigel (354) berichtet über eine tödtlich verlaufene Zerreissung der Trachea und hat einige ähnliche Fälle aus der Literatur zusammengestellt. — Krönlein und Vogler (355) haben die in der Literatur niedergelegten Fälle von primären Trachealtumoren gesammelt und besprochen. — Koschier (355) bringt einen Fall von Carcinoma cylindromatosum des Trachealrohres, der durch die Operation zur Heilung kam, zur Mittheilung. — Ueber eine durch syphilitische Geschwulst bedingte Stenose der Trachea und der Bronchien berichtet Nixon (354). — Spengler (355) gelang es durch die Electrolyse, eine narbige, durch Syphilis hervorgerufene Verengerung der Trachea, die jeder anderen Behandlung widerstanden hatte, genügend zu erweitern. — Thost (389) giebt der Durham'schen Canüle den Vorzug vor der Luer'schen, weil sie weniger reibt. — E. de Santi (389) empfiehlt eine neue Trachealklappe, die an einem Charnier befestigt ist und ausgewechselt werden kann.

Ueber Fremdkörper im Kehlkopf und in der Trachea wird berichtet: p. 260 bis 264; 428; 514—515. Gelegentlich haben die Röntgenstrahlen zur Auffindung derselben gute Dienste geleistet.

Szigeti (515) meldet einen ganz eigenartigen Fall; eine Frau hatte, um Selbstmord zu begehen, ihren Kehlkopf herausgeschnitten. Als man die Selbstmörderin auffand, lag der Kehlkopf neben der Leiche. — Von Interesse ist eine Mittheilung von Reineboth (515): Ein Tracheotomirter wurde durch den Strang gerichtet; der Strick kam oberhalb der Canüle zu liegen. Die Bewusstlosigkeit und der Tod traten ebenso schnell ein wie sonst bei der Suspension.

F. Schilddrüse.

Auf die Anatomie der Schilddrüse bezieht sich eine Mittheilung von Bérard (434), der die Gefässversorgung der Drüse ausführlich beschreibt. Mit ungefähr demselben Thema beschäftigt sich eine Arbeit von Nicol (390), welcher auf die engen Beziehungen zwischen den Blutcapillaren und den Drüsenepithelien aufmerksam macht. Nach seiner Meinung hat die Drüse bei alten Thieren andere Functionen zu erfüllen als bei jungen Thieren. — Destot und Bérard (390) konnten durch Röntgenstrahlen nach Injection der Gefässe den Nachweis liefern,

dass die verschiedenen Art. thyreoideae reichlich mit einander communiciren. — Hutchinson (36, 434) und Roos (435) beschäftigen sich mit der Chemie der Schilddrüsenproducte und bemühen sich die Natur ihrer wirksamen Substanzen nachzuweisen; Hutchinson (36) theilt mit, dass er aus Schafschilddrüsen einen proteidhaltigen und einen proteidfreien wässrigen Extractstoff gewonnen habe. In dem ersteren glaubt er die active Jod enthaltende Substanz der Drüse gefunden zu haben. In einer weiteren Arbeit (520) giebt er der Meinung Ausdruck, dass diese wirksame Substanz in dem Colloid der Drüse zu finden sei. — Auf die bereits im vorjährigen Jahresbericht citirte Entdeckung des Thyrojodins von Baumann beziehen sich die Mittheilungen auf Seite 36 und 37. Hildebrandt (269) erkennt in diesem das wirksame Princip der Schilddrüse, dessen Einverleibung geeignet ist, thyreoidectomirte Thiere am Leben zu erhalten. — Drechsel (269) fand neben dem Baumann'schen Thyrojodin und neben der Fraenkel'schen Base einen dritten wirksamen Körper, dem er bestimmte lebenswichtige Functionen zuschreibt. — Das von S. Fraenkel dargestellte jodfreie Thyreoantitoxin + dem Baumann'schen jodhaltigen Thyreojodin in einer Mischung, wie sie annähernd den Mengenverhältnissen dieser Körper in der normalen Schilddrüse entsprechen sollen, findet sich in einem Thyraden genannten Präparat (96). — Notkin (158) hat aus der Schilddrüse einen Thyreoproteid genannten Körper dargestellt (s. vorj. Jahres-Ber. S. 603), dessen Injection bei Thieren allgemeine Paralyse und eine eigenthümliche Veränderung des Zellgewebes hervorruft. Dieser Körper ist ein Product des allgemeinen Stoffwechsels, das von dem Secret der Schilddrüse durch ein in ihr befindliches Ferment paralysirt wird. — Baumann und Goldmann (392) fanden, das bei thyreoidectomirten Hunden tetanische Erscheinungen erst dann eintreten, wenn ihnen kein Thyrojodin oder nicht genügende Mengen davon zugeführt werden. Zur Beseitigung eines tetanischen Anfalls gehören um so grössere Mengen von Thyrojodin, je heftiger der Anfall ist und je später mit Darreichung des Präparates, das im Organismus nicht fixirt werden kann, begonnen wird. — Levy-Dorn (96) konnte eine seit 3 Jahren bestehende, idiopathische Tetanie durch eine 4 Wochen dauernde Behandlung mit Schilddrüsenextract heilen. — Wright (97) warnt dagegen vor der Verfütterung von Schilddrüsen bei Geisteskranken, Hill (97) wiederum äussert sich etwas günstiger über die Erfolge, die er in derartigen Fällen durch diese Medication gesehen hat. — Ueber die Wirksamkeit des Thyrojodins berichten des weiteren die Arbeiten von Henning, Grawitz, Vas, Gava (37), Irsai (37, 390). All' diese Autoren konnten übereinstimmend eine lebhafte Stoffwechselerhöhung bei Verabreichung von Thyrojodin constatiren. Auf den Morbus Basedowi und ebenso auf den erworbenen Kropf war nach den Erfahrungen der genannten Autoren das Präparat ohne Einfluss. Im Gegensatz hierzu stehen die Beobachtungen einer Reihe von anderen Autoren. So hat Bruns (268) in mehr als 350 Strumafällen die Schilddrüsen-Behandlung zum Abschluss gebracht. Ausgeschlossen waren einfache Cystenkröpfe und Basedow'sche Krankheit. Ein vollständiger Erfolg wurde erzielt in 8 pCt., ein guter in 36 pCt., ein mässiger in 30 pCt., ein geringer oder gar keiner in 25 pCt. der Fälle. — Zu ähnlichen Resultaten kommt Kölbl (391). Auch er hatte im grossen ganzen günstige Erfolge zu verzeichnen; desgleichen Stabel (358), der zur Verwendung frischer Schilddrüsen

räth, die energischer wirken und weniger unangenehme Nebenerscheinungen machen als die Tabletten (s. vorjähr. Jahres-Ber. S. 605). — Bei Myxoedem und Obesitas erzielten durch Thyreoidfütterung gute Erfolge Bourneville, Simon, (205), Davies (436), Kasem-Beck (481) u. a. m. — David (95) sah bei Verfütterung von Thyreoidin und Thyrojodin die Stickstoffausscheidung vermehrt, während die Harnsäureausscheidung unverändert blieb.

Die Aetiologie der Basedow'schen Krankheit wird von Abadie (357) zurückgeführt auf eine Schädigung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus oder deren Ursprungskerne. Auf Grund dieser Ansicht räth er, die Basedow'sche Krankheit durch Durchschneidung des Halssympathicus zu bekämpfen. Jabulay hat denn auch nach Ausführung dieser Operation ein Zurückgehen der Augensymptome gesehen und Jonnesco, der den Halssympathicus in 4 Fällen ganz resecirte, berichtet ebenfalls über günstige Erfolge. — Horsley (435) sieht in der Basedow'schen Krankheit eine krankhafte Störung der Function der Schilddrüse, im Myxoedem und im Cretinismus den Ausfall der ganzen Function der Drüse. Reinbach (311) theilt mit, dass er von Thymusverfütterung dieselben Resultate gesehen habe wie von der Thyreoidbehandlung. Die Thymus hatte sogar noch in einem Falle gute Erfolge, in dem die Schilddrüsenfütterung vollständig versagt hatte. Ausserdem hatte die Thymusbehandlung den Vortheil, dass dieselbe keine toxischen Erscheinungen bedingt. — Rousseau (356) fand nach der Exstirpation der Schilddrüse beim Kaninchen eine Hypertrophie der Glandula parathyreoidea. — Ueber die Indicationen, die Technik und die Erfolge der chirurgischen Behandlung des Kropfes berichten die Arbeiten von Rivière, Greiffenhagen, Bergeat (267); die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit wird erörtert von Edgeworth, Maude, Americ. Medico-Surg. Bullet., N.-Y. Med. Rec. (160). — Dreschfeld (160) rühmt die Erfolge, die er bei dieser Erkrankung durch die Verabreichung von Belladonna erzielt hat.

Katzenstein (317) hat experimentell festgestellt, dass durch elektrische Reizung der die Schilddrüse versorgenden Nerven histologische Veränderungen in der Drüse nicht hervorgerufen werden. Die Exstirpation der Nerven dagegen hat Degenerationserscheinungen in der Drüse zur Folge. — Die Aetiologie der acuten Strumitis — Thrombosen, Blutergüsse, Traumen, Autoinfectionen bei acuten Infectionskrankheiten — werden erörtert von Heddaeus, Turner, Ewald (158, 159), Bar (310).

G. Oesophagus.

Lefour (161, 437) beschreibt folgende Hemmungsbildung: Der Oesophagus endigte blind und communicirte mit der Trachea. Das Kind starb 10 Stunden nach der Geburt und hat nicht geschrien, nicht gesaugt. Einen ganz ähnlichen Fall theilt Forström (482) mit. — Adams (393) sah eine angeborene Rachen-Speiseröhren-Verengerung. — Speiseröhren-Divertikel werden von Girard (270) in der Weise behandelt, dass er den Sack in die Lichtung des Oesophagus invaginirt und dort festnäht. — Kelling (483) hat eine Abdrucksonde construirt,

um mittelst dieser ein genaues Bild von dem Sitz und der Ausdehnung eventueller Hindernisse im Oesophagus zu erhalten. — Gilbert und Grenet (393) sahen am 10. Tage nach einer Verbrennung mit Ammoniak ein 14 cm langes Schleimhautrohr aus dem Oesophagus ausgestossen werden; einen ähnlichen Fall beobachtete Horneffer (438). Hier handelte es sich um eine Schwefelsäurevergiftung, das Rohr, das ausgestossen wurde, hatte eine Länge von 32 cm. — Ueber Tuberkulose des Oesophagus berichten Zenker (98) u. Daniel (483). — Störk (160) erörtert die Geschichte des Oesophagoskops und beschreibt ein von ihm selbst construirtes Instrument. — Galliard hat die verschiedenen Formen der Speiseröhrenentzündung (437) und die Complicationen des Oesophagus-Carcinoms (439) bearbeitet. — Weitere Berichte über Geschwülste des Oesophagus rühren her von Kugeler, Hamilton, Gernert (38); von Grabower (491), der sich in einem Fall durch Untersuchung mit Röntgen-Strahlen einen Weg für die Sonde suchte, u. v. a. m. — Zahlreich sind die Mittheilungen über Fremdkörper in der Speiseröhre, deren Sitz zum Theil durch Röntgen-Strahlen nachgewiesen wurde. Derartige Publicationen rühren her von William White (38), Hubbard, Feldmann, Bowlby (482), Péan (393) u. a. m.

H. Instrumente.

Zungenspatel von Garralt (17); Danziger (411); Noll (508).
Rheostat und Schlingenführer für Galvanokaustik von William (46).
Stroboskop von Spiess (119).
Curette für adenoide Vegetationen von Kirstein (133).
Mundsperrer von Aokland (142).
Nasenschlinge von Shadle, Goldstein (242), Brown (449).
Nasenscheere (schnabelförmig) von Lester (242).
Handstaffelei von Dundas-Grant (449).

I. Medicamente und Therapeutisches.

Es wird empfohlen:

Paraldehyd gegen Asthma von Hearder (3).
Phenolum sulforicinosum gegen Tuberculose des Larynx, Rhinitis hypertrophica, Sclerom, Pharyngitis specifica und Larynxpapillome von Heryng (4, 426, 476).
Ichthyol gegen Ozaena, Pharyng. sicca von Ertler (63).
Gegen Diphtherie: Calomel von Flick (81, 193), Anderson (381).
Sozojodol von Schwarz (380).
Wasserstoffsuperoxyd von Siebert (81), Alexander (81).
Atropin von Elsaesser (381).
Intravenöse Sublimatinjectionen von Pyle (193).
Bromide von Aberdein (381, 473).

Chininum sulfuricum von Hall (193).
Myrrhentinctur von Grätzer (381).
Natriumhyposulfit von Wickers (193, 473).
Pilocarpin von Degle (303), Höring (381).
Citronensäure von Bloch (422).
Euchinin von v. Noorden (86) als Ersatz für Chinin.
Gegen Larynxtuberculose: Formalin von Solis-Cohen (227).
Parachlorphenol von Gleitsman (227).
Tracheale Injectionen von Creosot von Botey (426).
Guajacol als Anästheticum für Nase und Rachen von Geronzi (234); Laurens (365) fand die Erfolge weniger constant als diejenigen, die durch Cocain erzielt wurden.
Salol bei acuter Angina von Carrière (248).
Wasserstoffsuperoxyd als Antisepticum und Hämostaticum von Scheppegrell (328), Gellé (328, 400).
Xeroform und Nosophen als Ersatzmittel für Jodoform (329).
Glycothymolen zur Reinigung der Schleimhäute von Musgrave, Ingersoll, Young (454).
Lactophenin gegen parasitäre Erkrankungen der Schleimhäute von Buckley (454).
Nuclein bei consumptiven Erkrankungen zur Beschränkung des Gewebszerfalles von Buckley (454).
Eucain als Ersatzmittel für Cocain von Legueu, Zwillinger (234), Vinci (399), Horne und Jearnsley, Gibbs (453). — Pouchet (454) dagegen fand bei seinen experimentellen Untersuchungen am Meerschweinchen, dass die Vergiftungserscheinungen von Seiten des Eucains heftiger sind als diejenigen, die das Cocain auslöst, dass schon ganz geringe Mengen des Eucains gelegentlich toxische Erscheinungen auslösen und dass die durch Cocain erzeugte locale Anästhesie weit länger andauert und viel wirksamer ist als die Eucain-Anästhesie.

Jacob (455) berichtet über eine tödtlich verlaufene Kali chloricum-Vergiftung. Die verschluckte Dosis betrug ca. 25 g; der Tod trat am 6. Tage unter den üblichen Erscheinungen ein.

Porteous (241) sah nach Chromsäure-Aetzungen des Oefteren toxische Erscheinungen, besonders Nephritiden, von denen eine tödtlich verlief.

Texier (366) räth, bei Bromäthylnarkose vor dem Eintritt der eigentlichen Narkose zu operiren. Die Maske soll nie länger als 40 Secunden liegen bleiben und ist sofort zu entfernen, wenn die weit geöffneten Augen eine Gefässinjection der Conjunctiven und Dilatation der Pupillen zeigen.

Briefkasten.

Personalia.

An Stelle des Herrn Collegen Toti, der durch andauernde Kränklichkeit leider auch in diesem Jahre verhindert gewesen ist, seinen Verbindlichkeiten gegen das Centralblatt im vollen Umfange nachzukommen, wird Herr A. Damieno (Neapel) vom Januar 1898 ab als Mitarbeiter für Italien fungiren. — Herrn Toti gebührt, mit besten Wünschen für seine baldige, vollständige Genesung, unser bester Dank für seine frühere, regelmässige Thätigkeit an unserem Blatte.

Herr Okada (Tokio) tritt, ebenfalls vom Januar 1898 ab, als Mitarbeiter für die in Japan erscheinenden rhino-laryngologischen Arbeiten in den Kreis unserer ständigen Mitarbeiter.

Die Herren Katzenstein und E. Meyer (Berlin) werden sich vom nächsten Jahre ab mit Herrn A. Kuttner in die Herstellung des „Jahresberichts" theilen.

Dr. A. Martin (Paris) ist zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Die Radicalbehandlung bösartiger Kehlkopfgeschwülste.

Sehr geehrter Herr Redacteur.

In meinem Berichte über die laryngologische Section des XII. internat. med. Congresses schrieb ich, dass Professor Krause aus Berlin für die Totalexstirpation des Larynx auch bei wenig ausgebreiteter — sc. krebsiger — Neubildung sprach. College Krause schickte mir nun ein Schreiben, in dem er ausführt, „er habe für radicale Operationen, sei es Resection oder Totalexstirpation plädirt und gerathen, die Laryngofissur abzuschaffen, weil er in wiederholten Fällen beobachtet habe, dass gerade hiernach wegen mangelhafter Beseitigung der erkrankten Partien Recidive eintraten". Ich theile natürlich diese Ansicht nicht und muss ausserdem bemerken, dass ich in der Sitzung unserer Section Herrn Krause nur von der Totalexstirpation reden hörte. Wenn Krause auch über die Resection sprach, so habe ich das überhört.

Mit dem Ausdrucke freundschaftlicher Hochachtung

Prof. Dr. O. Chiari.

Wien, den 5. November 1897.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. sich beziehen.

C.

D.

E.

F.

G.

I. J.

K.

N.

S.

T.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

2.38/23

